



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **PERFIL DO ENFERMEIRO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA VMER**

Rui Miguel Pereira Gonçalves

Setembro de 2017

Escola Superior de Saúde





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Rui Miguel Pereira Gonçalves

## PERFIL DO ENFERMEIRO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA VMER

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira  
e co-orientação do  
Mestre Samuel Sampaio de Sousa

Setembro 2017



## RESUMO

O trabalho em contexto de emergência pré-hospitalar requer a mobilização de um vasto leque de competências técnicas, científicas e humanas, o que se torna num constante desafio para os profissionais de saúde, especificamente para o enfermeiro, neste contexto de trabalho. Neste sentido, o exercício de funções nesta área exige um perfil profissional adequado, o que acarreta implicações para a seleção de profissionais para este contexto específico.

Da nossa experiência profissional na área da emergência pré-hospitalar, sentimos necessidade de estudar a realidade portuguesa neste domínio de intervenção tão específico. Surge, muitas vezes, a dúvida acerca de qual será o enfermeiro que reúne mais competências para o exercício profissional na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Este aspeto, sentido por nós, no quotidiano do nosso exercício profissional, em que por diversas vezes há necessidade de integrar na Equipa novos enfermeiros, desperta preocupações e dificuldades relativamente à seleção adequada desses profissionais.

Os aspetos acima mencionados, associados à existência de poucos estudos publicados sobre a temática que envolva a prática do exercício profissional do enfermeiro na VMER, nomeadamente e de forma particular, na perspetiva da análise do processo de seleção dos profissionais melhor preparados para esse exercício, conduziu-nos à necessidade de realizar o presente estudo.

Assim sendo, foi nosso objetivo construir uma proposta do Perfil do Enfermeiro que reúna as características e competências consideradas mais adequadas para o exercício profissional na VMER.

Tendo em conta o objetivo do estudo, a opção metodológica orientou-se para uma abordagem de natureza qualitativa e exploratória, com recurso a um painel de Peritos na área da Enfermagem de Emergência Pré-hospitalar e à Técnica de Grupo Nominal, obtendo-se o grau de consenso final do Perfil com o recurso a um questionário.

Da análise dos dados obtidos chegou-se a uma proposta do Perfil do Enfermeiro, tendo obtido um grau de consenso final “Muito elevado”, com uma aceitação global muito próxima dos 100% para todos os itens.

Com estes resultados alcançados, acreditamos ter obtido uma proposta do Perfil do Enfermeiro para o desempenho de funções na emergência pré-hospitalar, e concretamente na VMER, que se poderá constituir como um instrumento útil no processo

de seleção destes profissionais, cujas intervenções asseguram a sobrevivência e sobrevivência das vítimas em qualquer acidente ou doença súbita. E deste modo, tornar-se fundamental para a prática clínica, na medida em que pode promover a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de Enfermagem neste contexto e obtenção de melhores indicadores de saúde.

**Palavras-chave:** enfermagem, emergência pré-hospitalar, competências.

## **ABSTRACT**

Working in a pre-hospital emergency context is a constant challenge for healthcare professionals and more specifically for nurses, since it requires that they possess and know how to put into practice a wide range of technical, scientific and human skills. As a consequence, the selection of professionals with the adequate profile to work in this specific context can be a demanding task.

Building on our professional experience in the area of pre-hospital emergency, we felt the need to deepen our knowledge on the current reality in this specific field of intervention in Portugal. Professionals working in this area are frequently faced with the need to integrate new nurses into the team and are directly affected by the decisions made when selecting these professionals. Given that the decision on who is the most competent nurse to work in a Medical Emergency Service Vehicle (MESV) raises many questions, this issue becomes a source of concern for the whole team.

Because there are only a few published studies on the practice of nurses working in MESVs, and even less studies that specifically focus on the process of selection of the best trained professionals for this type of job, we felt the need to further explore this subject in the present study.

Therefore, the aim of this study is to build a Nurse Profile proposal that brings together the characteristics and competences considered as the most adequate for the professional exercise in a MESV.

Taking the aim of the study into account, a qualitative and exploratory methodology was followed, which used a panel of experts in the area of Pre-hospital Emergency Nursing and the Nominal Group Technique. The final consensus on the Profile was obtained by way of a questionnaire.

Following the analysis of all the data, the proposal of the Nurse Profile was prepared, and it reached a "Very high" degree of consensus, with a global acceptance that was very close to 100% for all items.

It is our expectation that the Nurse Profile designed for the practice in pre-hospital emergency and, more specifically, in MESVs will become a useful tool for the process of recruitment of these professionals, whose interventions ensure the survival of victims of accidents and sudden illnesses, and will consequently contribute towards improving the quality and safety of the Nursing care provided in this context and to generating better healthcare indicators.

**Keywords:** Nursing, pre-hospital emergency, skills.



## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que são parte integrante da minha vida... pelo apoio incondicional em todas as horas...

À Professora Doutora Aurora Pereira, orientadora deste trabalho, pelo esforço, paciência e profissionalismo demonstrados, durante todo o processo formativo.

Ao Mestre Samuel Sousa, co-orientador deste trabalho, pela dedicação e capacidade em me fazer acreditar nas minhas potencialidades.

Aos enfermeiros do Grupo de Peritos, que aceitaram participar neste trabalho e partilhar a sua sensibilidade e sabedoria.

Aos amigos que se envolveram pessoalmente na elaboração deste estudo.

A todos, muito obrigado.  
São parte deste percurso!



*“Não é profissional aquele que possui  
conhecimentos ou habilidades, mas aquele  
que os sabe mobilizar em contexto específico.”*

*Le Boterf, 2003.*



## SUMÁRIO

RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	7
AGRADECIMENTOS .....	9
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS .....	15
SIGLAS .....	17
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>CAPÍTULO I <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u></b> .....	21
1- História da Emergência Médica Pré-Hospitalar .....	23
1.1- Sistema Integrado de Emergência Médica .....	26
1.1.1- <i>Instituto Nacional de Emergência Médica – subsistemas e meios</i> .....	28
2- A(s) Prática(s) de Enfermagem em Contexto de Emergência .....	34
2.1- O Enfermeiro na Emergência Pré-hospitalar .....	36
2.2- As Competências do Enfermeiro em contexto de Emergência .....	38
<b>CAPÍTULO II <u>CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DO PERFIL DO ENFERMEIRO</u></b> .....	45
1- Percurso Metodológico .....	47
1.1- A Problemática e os Objetivos do Estudo .....	47
1.2- O Desenho do Estudo .....	49
1.3- Considerações Éticas .....	52
2- Processo para a construção do Perfil do Enfermeiro .....	55

<b>CAPÍTULO III <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u></b> -----	61
<b>CAPÍTULO IV <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u></b> -----	69
<b>CAPÍTULO V <u>CONCLUSÕES</u></b> -----	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> -----	83
<b>APÊNDICES</b> -----	89
Apêndice I: Declaração de Consentimento Informado	
Apêndice II: Guião do <i>Focus Group</i>	
Apêndice III: Matriz de Redução de Dados do <i>Focus Group</i>	
Apêndice IV: Questionário 1	
Apêndice V: Questionário 2	

## ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

### Figuras

<b>Figura 1</b> - Esquematização do percurso para a elaboração do Perfil .....	55
<b>Figura 2</b> - Versão final da proposta do Perfil .....	67

### Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Peritos e critérios chave de seleção .....	51
<b>Tabela 2:</b> Critérios de determinação do grau de consenso .....	58
<b>Tabela 3:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Caraterísticas Socioprofissionais” (ronda 1) .....	63
<b>Tabela 4:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Caraterísticas Socioprofissionais” (ronda 2) .....	64
<b>Tabela 5:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Científicas e Técnicas” .....	64
<b>Tabela 6:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Pessoais” .....	65
<b>Tabela 7:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências de Gestão de Eventos Críticos” .....	65
<b>Tabela 8:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Interpessoais e Relacionais” .....	66
<b>Tabela 9:</b> Concordância e grau de consenso no Domínio	

“Competências Comunicacionais” ----- 66

**Tabela 10:** Concordância e grau de consenso no Domínio

“Competências Ético-Morais” ----- 66

**Tabela 11:** Concordância e grau de consenso no Domínio

“Competências de Melhoria Contínua da Qualidade” ----- 66



## **SIGLAS**

- AEM: Ambulância de Emergência Médica
- ANPC: Autoridade Nacional de Proteção Civil
- CODU: Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- CVP: Cruz Vermelha Portuguesa
- DAE: Desfibrilhador Automático Externo
- GEM: Gabinete de Emergência Médica
- GNR: Guarda Nacional Republicana
- HEM: Helicóptero de Emergência Médica
- INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica
- MEM: Motociclo de Emergência Médica
- OE: Ordem dos Enfermeiros
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PMA: Posto Médico Avançado
- PSP: Polícia de Segurança Pública
- REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- SAV: Suporte Avançado de Vida
- SBV: Suporte Básico de Vida
- SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica
- SIV: Suporte Imediato de Vida
- SNA: Serviço Nacional de Ambulâncias
- SU: Serviço de Urgência

- SUB: Serviço de Urgência Básico
- SUMC: Serviço de Urgência Médica - Cirúrgica
- SUP: Serviço de Urgência Polivalente
- TAE: Técnico de Ambulância de Emergência
- TGN: Técnica de Grupo Nominal
- TIP: Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
- VIC: Viatura de Intervenção em Catástrofe
- VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INTRODUÇÃO

O atual contexto social é marcado por uma evolução constante nas mais diversas áreas e a Saúde não é exceção.

Estes progressos, que se traduzem numa melhoria dos cuidados de saúde, ocorrem não só ao nível das unidades de saúde, mas também a nível específico do contexto de emergência pré-hospitalar, garantindo uma melhor assistência às vítimas de acidente, doença súbita ou com agravamento/agudização de patologia crónica, permitindo ganhar tempo que é primordial para a manutenção, estabilização e encaminhamento das vítimas.

Quando se fala em atendimento pré-hospitalar estamos a referir-nos a toda e qualquer assistência realizada fora do âmbito hospitalar, permitindo responder a uma situação de emergência, a qual poderá limitar-se a um simples conselho ou orientação médica, até à necessidade de envio de uma viatura e equipa de Emergência.

A Enfermagem não esteve alheia a esta evolução e integrou, de forma ativa, este processo.

O enfermeiro tem, cada vez mais, um papel preponderante nesta área da emergência médica e assistência pré-hospitalar. Este contexto de intervenção exige a mobilização de múltiplas competências, que os enfermeiros devem assumir, mobilizar e desenvolver no seu dia-a-dia de trabalho, mais concretamente no atendimento à Pessoa em Situação Crítica e família.

Tendo, no âmbito da experiência profissional pessoal sido colocado, algumas vezes, na posição de ter que selecionar enfermeiros para integrar a Equipa VMER, este fato suscitou algumas dificuldades e preocupações relacionadas com a necessidade de critérios objetivos para a seleção do elemento mais indicado para esse exercício.

Esta dificuldade, associada à procura de qualidade na seleção do enfermeiro com o melhor perfil, assim como a existência de poucos estudos publicados sobre a temática, está na base do interesse para o desenvolvimento do presente estudo.

Com base neste pressuposto surgiu a questão de Investigação que sustenta este estudo: “Qual o perfil de competências do Enfermeiro que desempenha funções na VMER?”

Assim sendo, propõe-se como tema para este trabalho: **“O perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER”**, tendo como objetivo geral:

- Construir uma proposta de perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER.

Assim, além da construção do referencial teórico que sustenta toda a problemática, atendendo à natureza da questão em estudo, a opção metodológica para este trabalho orientou-se para uma abordagem de natureza qualitativa e exploratória. Recorremos a um painel de Peritos, constituído por uma amostra não probabilística e de conveniência (Polit [et al.], 2004), utilizando a Técnica de Grupo Nominal, com recurso a Entrevista de Grupo – *Focus Group*, acrescentando ainda, para a construção da proposta de Perfil, um Questionário para aferição do nível de concordância gerada dentro do grupo de Peritos.

Quanto à estrutura, este trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos distintos mas interligados entre si.

No primeiro capítulo desenvolve-se o enquadramento teórico orientado para a temática do estudo; assim, no primeiro ponto abordámos a História da Emergência Médica Pré-Hospitalar; no segundo debruçamo-nos sobre a(s) Prática(s) de Enfermagem em Contexto de Emergência Pré-hospitalar, explorando o tema específico das Competências do Enfermeiro.

O segundo capítulo reporta-se à metodologia geral de investigação, pelo que fazemos referência à problemática, à finalidade e objetivos do estudo, apresentamos o desenho do estudo, referindo o tipo, o método e as ferramentas da investigação, além das considerações éticas subjacentes.

Seguem-se os capítulos da apresentação dos resultados e o da sua discussão.

A finalizar apresentam-se as conclusões do estudo e as referências bibliográficas, que sustentam todo o trabalho.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita.”*

*Ordem dos Enfermeiros (OE), 2007*

Tendo em conta que cada investigador tem necessidade de clarificar a moldura de referência que orienta o seu estudo, neste capítulo abordaremos alguns dos aspectos teóricos mais relevantes, que contribuíram para definir o contexto onde nos situamos: enfermagem de emergência pré-hospitalar, viatura médica de emergência e reanimação e competências inerentes ao desenvolvimento da prática assistencial.

Assim, no primeiro subcapítulo, realizaremos uma abordagem à História da Emergência Médica Pré-Hospitalar, considerando o Sistema Integrado de Emergência Médica, com os seus diferentes Subsistemas e Meios.

No segundo subcapítulo debruçamo-nos sobre a(s) prática(s) de Enfermagem em Contexto de Emergência, com enfoque no Enfermeiro e as Competências necessárias para intervir neste âmbito.

### 1- História da Emergência Médica Pré-Hospitalar

Desde cedo, na história da humanidade, que o Homem se deparou com a necessidade de adaptação a situações extremas, em plenos cenários bélicos, nas quais a sobrevivência dependia da atuação rápida e da eficaz prestação de cuidados a doentes e feridos de guerra.

É neste contexto que, no século XI, surge a primeira referência ao termo ambulância, ainda que a sua disseminação seja atribuída aos reis católicos de Espanha, D. Fernando e D. Isabel, durante as cruzadas de Espanha contra os mouros (século XV). À data, a sua função cingia-se ao transporte de feridos até aos hospitais.

Foi o Barão Jean Dominique Larrey (cirurgião francês, destacado médico-chefe do exército napoleónico) quem, no término do século XVIII, revolucionou a saúde militar criando, entre outros (como a aplicação de métodos de triagem), o conceito de

“*Ambulances Voulantes*” (ambulâncias volantes ligeiras).

Estas eram veículos de tração animal, criadas fundamentalmente com o intuito de transportar equipas médicas e equipamento parco (porém fundamental) até ao campo de batalha. Mais tarde, durante a Guerra Civil Americana, foi Jonathan Letterman (cirurgião do exército dos Estados Unidos da América) quem desenvolveu o sistema de primeiro socorro, em que a prioridade consistia na evacuação dos feridos com maior celeridade para os hospitais, contrariamente ao de primazia da chegada do socorro aos feridos na linha da frente (Martínez [et al.], 2006).

A evolução da emergência médica ocorreu assim, segundo dois modelos distintos: “*Stay and Play*” (franco-germânico), levando os cuidados médicos até ao local da ocorrência, ou “*Scoop and Run*” (anglo-saxónico), evacuando as vítimas do local até uma Unidade de Saúde adequada, cujo objetivo é, no entanto, compartilhado: prestação de assistência pré-hospitalar de elevada qualidade àqueles de que dela necessitam (Smith & Conn, 2009).

O modelo “*Scoop and Run*” tem como imagem a abordagem e intervenção breve no local, por técnicos ou paramédicos e o transporte rápido para o hospital, utilizando como referência a “*Golden Hour*”, ou seja, a prestação de cuidados de estabilização imediata à vítima e a sua evacuação para a unidade hospitalar na primeira hora após o evento, uma vez que há uma taxa de recuperação mais elevada nas vítimas (com lesões traumáticas) que recebem intervenção médico-cirúrgica até uma hora após a lesão. Este modelo é utilizado pelos serviços dos países anglo-saxónicos ou países da sua esfera de influência, nomeadamente os Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá, Austrália, Irlanda, Israel e alguns países do sudeste asiático como as Filipinas, Índia, Tailândia, Hong Kong e Coreia. Neste modelo, os técnicos menos diferenciados têm uma formação com a duração de 6 meses e o treino é direcionado para a reanimação cardiopulmonar e primeiros socorros básicos, enquanto os paramédicos, com uma formação mais avançada, variável em função dos protocolos específicos da região ou país, têm uma componente teórica que varia entre 18 a 24 meses e é complementada com 200 a 300 horas de prática tutelada em ambulância, urgência, bloco cirúrgico e bloco de partos (Bertuzzi & Bloem, 2012; Baptista, 2011).

No modelo “*Stay and Play*” não existe a figura do paramédico igual à do modelo “*Scoop and Run*”. Baseia-se na cooperação entre médico, enfermeiro e técnico de emergência, onde os casos categorizados como de menor gravidade são abordados pelos técnicos menos diferenciados e os de maior complexidade pelos mais diferenciados. Neste modelo, o conceito é prestar o máximo de cuidados possíveis no local, para estabilizar o doente e evitar as mortes durante o transporte até ao hospital.



Este modelo é mais utilizado em países do continente europeu como a França, Alemanha, Áustria, Noruega, Finlândia, Suécia, Rússia, Suíça, República Checa, Polónia e Eslovénia. A formação dos profissionais neste modelo é variável. Por exemplo, na Alemanha um técnico básico cumpre 520 horas teórico-práticas, enquanto um técnico intermédio tem de comprovar experiência de dois anos no nível básico e cumprir mais 1200 horas de formação teórica e 1600 horas de formação prática. Na Finlândia, o nível de Suporte Básico de Vida (SBV) é assegurado por bombeiros, com uma formação de 6 meses nesta área, enquanto o nível avançado é garantido exclusivamente por enfermeiros especializados na área da emergência médica (Bertuzzi & Bloem, 2012; Baptista, 2011).

Estes modelos ainda hoje regem a emergência médica, sendo importante referir que não existe uma abordagem única para todos os casos, mas sim uma abordagem baseada em princípios adaptados a cada ocorrência, considerando o tipo de ocorrência, as características geográficas do local, a experiência das equipas de emergência pré-hospitalar, entre outros fatores.

Ambos os modelos citados anteriormente apresentam vantagens, as quais se encontram contempladas no modelo híbrido *Play and Run*, adoptado em Portugal (Haas & Nathens, 2008). Neste, se por um lado é reconhecida a necessidade de rápido transporte das vítimas para Unidades de Saúde adequadas, é também enfatizado que o mesmo nem sempre é possível ou desejável no imediato. Desta forma, é assegurada uma equipa de emergência pré-hospitalar com formação especializada que realiza no local da ocorrência todos os esforços de estabilização e de preparação das vítimas para o seu eventual transporte. Este procedimento é adotado sempre que seja considerado prioritário, pelo quadro clínico apresentado pela vítima ou por qualquer outra razão considerada válida (por exemplo, duração do transporte).

Em Portugal, a assistência pré-hospitalar nasceu em 1965 com a criação do Número Nacional de Socorro – 115.

Ao realizar uma chamada para este número, os cidadãos de Lisboa eram socorridos por uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP), que se limitavam a encaminhar os utentes para o hospital mais próximo (tendo este serviço gradualmente abrangido um maior número de cidades).

Em 1971 é criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), abarcando as cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal, dotado de veículos medicalizados usados na prestação de primeiros socorros e transporte dos utentes para o hospital (igualmente tripulados por PSP), sendo as restantes áreas geográficas cobertas pelas corporações

de bombeiros locais (Mateus, 2007).

Com a sua propagação para todo o território nacional em 1978, foram desenvolvidos meios de telecomunicações mais eficazes, capazes de tornar o número 115 acessível a toda a população.

A formação técnica dos primeiros tripulantes de ambulâncias ficou a cargo da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), com a criação de uma Escola de Socorrismo.

O Governo concluiu da necessidade de ser posto em ação um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e, em 1980 cria o Gabinete de Emergência Médica (GEM) que desenvolveu duas ações fundamentais: a definição da estrutura orgânica do serviço coordenador do sistema e a definição das prioridades da sua atuação, visando a melhoria dos cuidados de emergência prestados.

Do trabalho realizado pelo GEM, criou-se em 1981 (Decreto-Lei nº 234/81 de 3 de Agosto), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com a finalidade de garantir o funcionamento do SIEM no território do continente (Mateus, 2007).

Em 1998, de forma a permitir a uniformização do recurso aos meios de emergência médica, o número 115 é substituído pelo Número Europeu de Emergência – 112. Um ano mais tarde é estabelecido um protocolo com a “Linha Trim, Trim, Dói, Dói” (atual Linha Saúde 24), para o aconselhamento clínico telefónico.

Outros marcos no desenvolvimento da emergência medica pré-hospitalar a salientar são: a criação das VMER em 1989; a implementação do Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar em 2001; o início do Programa de Desfibrilhação Automática Externa (DAE) e a desativação das ambulâncias operadas por PSP em 2004; o reconhecimento do direito de acompanhamento do utente durante o transporte nos meios do INEM por uma pessoa de sua relação em 2011.

Numa perspetiva global, de acordo com as diferentes realidades nacionais, no que diz respeito a recursos e infraestruturas, podem-se encontrar sistemas mais ou menos desenvolvidos, sendo certo, no entanto, que as inovações contínuas são responsáveis pela melhoria dos modelos existentes, tornando os sistemas cada vez mais evoluídos e preparados para os desafios com que a Emergência Médica se depara.

## 1.1- Sistema Integrado de Emergência Médica

As condições sociais atuais, em resultado da concentração populacional e o grande desenvolvimento tecnológico, promoveram o aumento do número de acidentes, bem como da sua gravidade.

As taxas de doenças súbitas e de sinistros coletivos, entre outras, puseram em evidência a necessidade de se estabelecerem metas e de se encontrarem formas de responder a estes novos desafios. As urgências médicas constituem, hoje em dia, um problema de saúde pública, a que o clássico Serviço de Urgência (SU) hospitalar não pode isoladamente responder.

Nas últimas décadas verificou-se um avanço extraordinário da medicina hospitalar e, simultaneamente, percebeu-se a necessidade de dar uma resposta pronta e eficaz em áreas extra-hospitalares como por exemplo, o socorro adequado no local da ocorrência.

Um novo conceito no tratamento destas situações, que faz preceder de terapêutica adequada o transporte cuidado da pessoa, é materializado na organização de um SIEM pluridisciplinar e pode, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), reduzir em 20% as mortes por acidente (Pinto [et al.], 2002).

O SIEM é constituído por um conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a Guarda Nacional Republicana (GNR), os Bombeiros, a CVP, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2013).

A ativação deste sistema tem início a partir do momento em que o Número Europeu de Socorro (112) é acionado.

O SIEM é, deste modo, um conjunto de meios e ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com intervenção ativa dos vários componentes de uma comunidade (pluridisciplinar), programados de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes.

Para que este objetivo possa ser atingido, foram criadas um conjunto de etapas, que englobam os procedimentos executados em emergência pré-hospitalar e que são designadas pelas fases: 1) *deteção*, 2) *alerta*, 3) *pré-socorro*, 4) *socorro*, 5) *transporte* e 6) *tratamento em unidade de saúde* (INEM, 2013).

No âmbito do sistema, a intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde e o conjunto de ações coordenadas, de âmbito pré-hospitalar, hospitalar e intra-hospitalar, determinam a atuação rápida, eficaz e com a necessária eficiência de gestão de meios em situação de emergência médica, contribuindo no seu conjunto, para inegáveis ganhos em saúde.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde que coordena o funcionamento do SIEM, no território de Portugal Continental, de forma a garantir às vítimas em situação de emergência, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.

As suas principais funções são: prestação de socorro no local da ocorrência, transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e articulação entre os vários intervenientes do SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.).

### *1.1.1- Instituto Nacional de Emergência Médica – subsistemas e meios*

A atividade de emergência médica tem um largo espectro de abrangência, desde o pré-hospitalar aos cuidados intensivos hospitalares, passando pela prestação de cuidados nos SU's e pelo transporte inter-hospitalar de doentes críticos.

A sua articulação, integração e continuidade, aliadas a um significativo conjunto de conhecimentos e competências comuns, são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados médicos de emergência.

Como já referimos, o INEM foi criado em 1981, pelo Ministério dos Assuntos Sociais, a partir do reconhecimento dos acidentes de viação como um problema de saúde pública.

Para isso foi necessário criar o SIEM, dotado de meios humanos e técnicos capazes de socorrer vítimas de doenças do foro cardiorrespiratório ou intoxicações, além de lesões ou traumatismos, que até então eram efetuados pelo SNA (Mateus, 2007).

Foi neste contexto que o INEM foi criado, de modo a coordenar as atividades de emergência médica a executar pelas diversas entidades intervenientes no Sistema e cuja atuação se desenvolverá segundo um esquema de organização regional (Decreto-Lei 234/81).

Ainda neste decreto, pode-se ler que o INEM tem como objetivos garantir os serviços de emergência médica a sinistrados e vítimas de doença súbita, no sentido de promover a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde, sendo dotado de autonomia administrativa e financeira e possuindo património próprio.

Mais de trinta anos passados sobre este Decreto-Lei e sobre o papel do INEM na sociedade portuguesa, a maior mudança sentiu-se na preparação do campeonato europeu de futebol- Euro 2004, onde se deixou a cor branca, para dar lugar à amarela com faixa azul, segundo as normas ditadas pela União Europeia para a uniformização do Sistema de Emergência Médica (Mateus, 2007).

Ao Instituto foi dada a oportunidade de avaliar as suas necessidades e valências perante a população.

A partir de 2004 passou a ter mais reconhecimento e credibilidade. E é também na passagem para o século XXI que o INEM passou para a chancela do Ministério da Saúde, o qual deverá dar continuidade às suas atribuições. O seu campo de atuação resume-se a Portugal Continental, deixando o território insular dependente da Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC).

Contudo, só no ano de 2007 são recriadas as regras de atuação, que, de uma forma sucinta, implicam definir, organizar, coordenar e avaliar as atividades do SIEM, que dizem respeito ao Sistema de Socorro Pré-Hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, bem como a respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência; referênciação e transporte de urgência/emergência; receção hospitalar e tratamento urgente/emergente; formação em emergência médica; planeamento civil e prevenção; rede de telecomunicações; assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de socorro apropriados; assegurar a prestação de socorro pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas; promover a receção e o tratamento hospitalares adequados do doente urgente/emergente; promover a correta utilização de corredores integrados de urgência/emergência, designadas Vias Verdes; promover a coordenação entre o SIEM e os serviços de urgência/emergência; promover a correta referênciação do doente urgente/emergente; promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente; promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às ações de emergência médica; assegurar a elaboração dos planos de emergência/catástrofe em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde e com a ANPC; orientar a atuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe e por fim desenvolver ações de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM (Decreto-Lei 220/07).

De uma forma breve, a presença do INEM na sociedade portuguesa não se resume à assistência no local da ocorrência do sinistro, promovendo o transporte adequado em situações consideradas urgentes ou emergentes, em parceria com outras instituições definidas no SIEM.

O INEM é assim o órgão coordenador de uma valência de saúde que é uma nova conceção de cuidados de saúde, caracterizado por um conjunto de ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, como tal- pluridisciplinares- com a intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes da comunidade, que se encontra perfeitamente coordenada, de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com

economia de meios (Mateus, 2007).

Este organismo é financiado principalmente através da cobrança de 2% sobre os prémios ou contribuições relativas a contratos de seguros de vida, seguros de acidente e seguros dos veículos.

As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em Centrais de Emergência da PSP/GNR. Atualmente, no território de Portugal Continental, as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

Em 1987, o CODU foi fundado em Lisboa como um centro de orientação, regulação e coordenação da assistência médica, que permitiu a evolução em direção à triagem médica telefónica (Mateus, 2007).

Compete aos CODU atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso.

Atualmente existem 3 CODU (Porto, Coimbra e Lisboa) que operam 24 horas por dia. O seu funcionamento é assegurado por médicos e Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência, com treino específico para efetuar (INEM, 2013):

- ☐ O atendimento e triagem dos pedidos de socorro;
- ☐ O aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado;
- ☐ A seleção e acionamento dos meios de socorro adequados;
- ☐ O acompanhamento das equipas de socorro no terreno;
- ☐ O contato com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes.

Através da criteriosa utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor, os CODU têm capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro tanto no local da ocorrência como no transporte, assim como, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, seleccionar e preparar a receção hospitalar da(s) vítima(s) envolvida(s).

O INEM dispõe de um conjunto de meios para dar respostas às necessidades de socorro pré-hospitalar: 331 Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), 8 Motociclos de Emergência Médica (MEM), 39 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), 42 Viaturas de Emergência Médica e Reanimação (VMER), 6 Helicópteros de Emergência Médica (HEM) e 4 Ambulâncias de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP) (INEM, 2013).

As AEM são tripuladas por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) (com

competências para a prestação de cuidados de emergência médica pré-hospitalar, na dependência da aplicação de algoritmos de decisão médica elaborados pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos) e estão munidas de diverso equipamento de avaliação, reanimação e estabilização clínica.

O seu objetivo é a estabilização de doentes em situação de emergência que necessitem de transporte para uma Unidade de Saúde adequada.

As ambulâncias de TIP, criadas em 1987, são tripuladas por um médico, um enfermeiro (ambos com formação em cuidados intensivos neonatais e/ou pediátricos) e um TAE (na dependência técnica do médico da equipa) e estão equipadas com material de avaliação, reanimação e estabilização clínica, ao nível do Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Neonatal.

Têm como principal objetivo a chegada ao doente crítico ou gravemente doente em idade pediátrica, a sua estabilização e transporte secundário (inter-hospitalar) para uma Unidade de Saúde com recursos técnicos e humanos adaptados.

As VMER, que surgiram pela primeira vez em 1989, são atualmente tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, como Suporte Avançado de Vida (SAV) e SAV em Trauma e munidas de equipamento de SAV.

Permite o transporte rápido de uma equipa de Emergência Pré-hospitalar até ao doente em situação de emergência, tendo como objetivo a sua estabilização pré-hospitalar e acompanhamento diferenciado durante o seu transporte.

Correspondendo a uma viatura ligeira, esta é acionada em simultâneo com uma ambulância.

Em 1997 surge o primeiro HEM. A missão deste serviço é o transporte rápido de uma equipa médica (médico e enfermeiro), com formação em emergência, para o local do incidente, com o objetivo da estabilização pré-hospitalar, o transporte para a unidade hospitalar e apoio no tratamento secundário e transporte de doentes em situação crítica.

Os MEM, criados em 2004, são tripulados por um TAE e estão munidos de DAE, oxigénio, adjuvantes de via aérea e ventilação, equipamento de avaliação de sinais vitais, entre outros materiais de SBV e de Trauma.

O seu objetivo é a deslocação rápida ao local da ocorrência, para a avaliação inicial de doentes em situação de emergência e a sua preparação para eventual transporte.



Pelas suas características peculiares (acessibilidade e rapidez) torna-se um meio ideal para a triagem em situações excepcionais.

As ambulâncias SIV, criadas em 2007, são tripuladas por um enfermeiro (formação SIV) e um TAE (formação em SBV) e munidas de equipamento que permite o desenvolvimento de SIV.

O seu objetivo é a estabilização pré-hospitalar e transporte de doentes em situação de emergência.

Além dos meios referidos, em 1996 emergiu a Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC), que é usada em situações com múltiplas vítimas.

Este veículo transporta vários materiais de SAV, permitindo a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA). Este pequeno hospital de campanha está equipado com material igual ao da VMER e permite o tratamento de 8 vítimas muito graves em simultâneo.

Este meio permite a deslocação para o local de ocorrência de monitores-desfibriladores, ventiladores, monitores de parâmetros vitais, seringas-infusoras, diversos fármacos, entre outros, capacitando o PMA para a receção das vítimas referenciadas anteriormente.

Para além disso, a VIC está também equipada com uma célula de telecomunicações, que permite criar uma rede de comunicações entre o local do acidente, os CODU e os hospitais da zona.

Alguns destes meios de Emergência Pré-hospitalar devem existir, obrigatoriamente, na rede articulada dos SU do Serviço Nacional de Saúde consoante os seguintes níveis existentes:

- a) Os Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) devem integrar uma VMER;
- b) Os Serviços de Urgência Básica (SUB) devem integrar uma ambulância SIV.

Existindo, no entanto, algumas exceções ao atrás referido, devidamente fundamentadas e autorizadas pelo Ministério da Saúde (Despacho 14898/2011).

Ainda de acordo com o referido Despacho, as equipas das VMER e das ambulâncias SIV já criadas, devem ser integradas nas equipas dos SU das unidades de saúde em que estão instaladas, sob orientação das Administrações Regionais de Saúde, através de protocolo específico celebrado com o INEM.

Decorrente desta integração, compete aos SU das unidades de saúde (Despacho 14898/2011):

- a) Garantir a operacionalidade permanente do meio;



- b) Selecionar, em colaboração com o INEM, os profissionais necessários à constituição das equipas;
- c) Coordenar as equipas de profissionais e garantir os postos de trabalho das tripulações em integração com a restante equipa do SU;
- d) Garantir uma resposta imediata a qualquer acionamento dos meios pelo CODU;
- e) Apresentar mensalmente ao INEM, até ao último dia útil do mês anterior ao que o horário respeita, a escala de profissionais que asseguram as tripulações dos meios de emergência pré-hospitalar, devendo apresentar no final de cada mês a escala definitiva;
- f) Fornecer todos os consumíveis (clínicos e não clínicos);
- g) Assegurar a utilização obrigatória dos sistemas de informação e comunicação instalados nos meios;
- h) Zelar pelo cumprimento das normas de funcionamento e de boa utilização inerentes à utilização de bens.

Por seu lado, compete ao INEM (Despacho 14898/2011):

- a) Coordenar a atividade de gestão e operação conjunta dos meios;
- b) Disponibilizar o meio de emergência pré-hospitalar bem como dotar e assegurar a manutenção dos equipamentos adequados de acordo com a legislação aplicável;
- c) Contratar os seguros exigidos por lei para os profissionais que tripulam os meios;
- d) Acionar os meios através do seu CODU;
- e) Disponibilizar o fardamento de acordo com o regulamento do fardamento do INEM;
- f) Assegurar a formação em emergência médica pré-hospitalar aos profissionais necessários e selecionados para garantir as respetivas tripulações;
- g) Praticar todos os atos necessários à recertificação dos recursos humanos;
- h) Assegurar os TAE das ambulâncias SIV;
- i) Promover a transmissão e integração entre os sistemas de informação clínicos.

Decorrente desta integração, depende então das unidades de saúde, em colaboração com o INEM, a seleção dos profissionais para a tripulação destes meios, sendo os elementos que as compõem, médicos e enfermeiros, propostos para essa função, residindo aqui, por vezes, dificuldades em selecionar os profissionais com mais competências para o desenvolvimento deste exercício profissional tão específico.

## **2- A(s) Prática(s) de Enfermagem em Contexto de Emergência**

A enfermagem registou em Portugal, no decurso dos últimos anos, uma evolução extremamente significativa, quer ao nível da formação inicial, quer ao nível da complexidade de intervenções realizadas pelos enfermeiros, reconhecendo-se como de significativo valor, o papel do Enfermeiro no âmbito da comunidade científica da saúde, através da qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Ser enfermeiro em qualquer contexto implica, acima de tudo, uma obrigação e um compromisso de cuidar de pessoas e nesse sentido, os cuidados de enfermagem de excelência assentam no papel central do cuidar genuíno, como um compromisso e um envolvimento inerente à prática de enfermagem (Benner, 2005).

A OE em 1998, no artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define a profissão de Enfermagem como sendo:

*“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (p.3)*

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) (OE, 2001).

Relativamente às intervenções de enfermagem autónomas, que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

Por seu lado, nas intervenções de enfermagem interdependentes, que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação.

Assim, intervenções autónomas são:

*“(...) as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Artº9, OE, 1998, p.4).*

Já as intervenções interdependentes são:

*“(...) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Artº9, OE, 1998, p.4).*

Já na época de Florence Nightingale, com os cuidados prestados durante a guerra, se assistia àquilo que poderá ser considerado o início dos cuidados de enfermagem de urgência/emergência e que têm vindo a evoluir como prática especializada ao longo dos últimos anos.

O exercício de enfermagem exige competência científica e técnica, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante (Malagutti & Caetano, 2009).

Desta forma, ser Enfermeiro em contexto de emergência vai muito para além da execução de procedimentos e técnicas de tratamento da sintomatologia, implicando um envolvimento e uma atuação mais abrangente, centrada numa abordagem multidimensional.

Para Howard & Steinman (2010), também o âmbito da prática de enfermagem de urgência/emergência envolve avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. A resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de SAV, ensino ao doente e/ou família, referenciação adequada, bem como conhecimento das implicações legais.

Já Mcphail (citado por Howard & Steinman, 2010, p.6) define enfermagem de urgência/emergência como sendo *“(...) a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções.”*

Segundo o mesmo autor, os cuidados de enfermagem de urgência/emergência, afirmam-se pela diversidade e imprevisibilidade de situações e processos fisiopatológicos de doença e de constantes inovações tecnológicas, ao nível de equipamentos de monitorização e de tratamento.

Para Pontes (2008), aos enfermeiros de urgência/emergência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Assim, o Enfermeiro prestador deste nível de cuidados necessita possuir determinadas características, que não têm única e exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também a rapidez e a agilidade com que se intervém e se domina as situações, que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou

morte para o doente.

O seu papel é fundamental junto da pessoa em situação crítica e respetiva família, uma vez que tem formação humana, técnica e científica adequada à prestação de cuidados em situações de maior complexidade e constrangimento, possuindo competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente no seio da equipa de emergência (OE, 2007).

## 2.1- O Enfermeiro na emergência pré-hospitalar

É indiscutível que o enfermeiro tem, cada vez mais, um papel preponderante na área da emergência médica e assistência pré-hospitalar e tem-se observado, nos últimos anos, um aumento significativo do interesse nesta área por parte dos profissionais de saúde.

Como temos vindo a constatar, a resposta nas situações de emergência deve ser célere e envolve a realização de procedimentos técnicos em condições de trabalho difíceis, exigindo um domínio operacional das intervenções pela equipa (Vieira, Oliveira, e Ressureição, 2005).

Os profissionais de enfermagem no exercício de funções em contexto de emergência pré-hospitalar com maior diferenciação, devem possuir formação, que os qualifica para uma série de procedimentos, como a entubação endo-traqueal, a desfibrilhação, a decisão para a administração de alguns fármacos, a liderança de uma situação de emergência e outros procedimentos *life-saving* (Vieira, Oliveira e Ressureição, 2005). O enquadramento dos enfermeiros na Emergência Pré-hospitalar é reconhecido pela OE (2007), uma vez que neste contexto a sua intervenção apresenta múltiplas vantagens que advêm, nomeadamente, da existência de profissionais adequadamente formados, da racionalização dos recursos, da rapidez da implementação da solução, da obtenção de sinergias com a formação inicial (de nível superior) e o desenvolvimento nesta área específica, da maior facilidade da interação com os outros níveis de prestação de cuidados pré-hospitalares e com as estruturas da rede de urgências do Serviço Nacional de Saúde e, fundamentalmente, de uma maior segurança nos cuidados de emergência pré-hospitalar a prestar aos cidadãos.

A OE (2007) afirma que *“(...) só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar a equipa de socorro pré-hospitalar”*.

Assumindo que o Enfermeiro afeto a esta área de intervenção é portador de formação específica orientada e oficialmente certificada, emitiu as seguintes orientações para as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar:

- Atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;
- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento (OE, 2007).

Atualmente, o Enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM, sendo um dos elementos da tripulação das Ambulâncias SIV e TIP, das VMER e dos HEM, possuindo formação avançada fornecida pelo INEM, em função do meio para o qual está adstrito.

O INEM realiza os seguintes cursos para Enfermeiros: Curso VMER, Curso de Reanimação e Trauma para Unidades de Saúde, Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos, Curso de Abordagem e Gestão de Situações de Exceção.

A participação nestes cursos é apenas possível por via institucional (ou seja, têm de ser as instituições onde o elemento trabalha a propor ao INEM a participação nos cursos), sendo a sua calendarização efetuada consoante as disponibilidades de meios do Instituto e as inscrições recebidas.

Os cursos podem realizar-se nos centros de formação do INEM em Lisboa, Coimbra e Porto.

Para colaborar com o INEM, de acordo com a Circular Normativa n.º1/2014 do Departamento de Formação, os profissionais envolvidos, além da sua formação inicial e experiência de base, preferencialmente na área do doente crítico, cumprem um programa de formação específico para a adaptação ao contexto extra-hospitalar. Este programa permite a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de

competências, que são pré-requisitos para tripular os diferentes meios diferenciados. Este programa poderá ainda ser complementado com o curso de condução defensiva de VMER (42 horas de duração), no caso dos enfermeiros que vão tripular as viaturas médicas, ou então com o curso de fisiologia de voo e segurança de heliportos (10 horas de duração), no caso dos enfermeiros que vão integrar o serviço de HEM. Em suma, a prestação de cuidados de enfermagem em Emergência Pré-hospitalar implica intervir, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas e em que a vida das pessoas e o seu restabelecimento dependem muito da qualidade da assistência imediata e dos procedimentos efetuados para dar resposta às situações de doença súbita ou acidente.

## 2.2- As competências do Enfermeiro em contexto de Emergência

A utilização do conceito de competência aparece pela primeira vez na Enfermagem referenciado na escrita de Florence Nightingale, no livro *“Notes on Nursing”*, em que o termo é usado para referir as “qualidades” (caraterísticas) que as estudantes deveriam possuir para serem enfermeiras no final do curso (Fernandes, 2007).

A literatura sobre o assunto permitia perceber que a expressão “competências” era utilizada para, muitas vezes, substituir a da qualificação. Este novo conceito inscreve-se numa matriz concetual bastante mais abrangente, sendo utilizada com frequência para designar competência profissional, capacidades, conhecimentos e aptidões.

Segundo Alarcão (2001, p.54), a competência é concebida como sendo um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revela no correto desempenho em situação real. Ou seja, “(...) a *competência* não se vê; *presume-se*.” e é adquirida quando os saberes são aplicados e trabalhados, nas situações reais de trabalho (Dias, 2006, p.163).

Sá-Chaves (2007, p.48) define, de forma simples e original o conceito de competência como: “(...) *cada acto de Bem-fazer e Fazer bem*.” Neste sentido, a mesma autora defende que, um profissional competente é aquele que detendo um conjunto vasto e sólido de conhecimentos e capacidades,

*“(...) toma, executa e avalia as decisões que selecciona, em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que estas se constituam como soluções adequadas, socialmente legítimas e abertas a constantes reajustamentos para poderem continuar a garantir a sua responsabilidade à instabilidade permanente”.*

Para Phaneuf (2005, p. 177), competência é:

*“(...) um conjunto integrado de conhecimentos adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite à enfermagem fazer apelo às habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio afetivos adequados”.*

Le Boterf (2005) diz que intervém com competência o profissional que é capaz de agir com pertinência, perante uma determinada situação e que compreende o porquê e o como agir.

Em resumo, podemos dizer que ser competente não significa possuir conhecimentos ou capacidades, não é um estado ou um conhecimento possuído e não se reduz a um saber fazer. É necessário que a pessoa saiba mobilizar conhecimento ou capacidade, de forma pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho (OE, 2003).

Possui competência profissional quem possui o conhecimento, a destreza e as capacidades exigidas para uma profissão, sabe solucionar os problemas emergentes dos contextos de trabalho, com autonomia, flexibilidade, criatividade e tem capacidade e disposição para participar de forma ativa no meio ambiente profissional que envolve as organizações (Le Boterf, 2005).

Ou seja, só existe competência na presença de conhecimento teórico sedimentado e na capacidade de o mobilizar, que permite executar determinadas intervenções em contextos muito concretos. É, no fundo, um saber-mobilizar no momento exato da intervenção e que resulta da combinação entre diversos recursos, como o conhecimento e a técnica. Exprime-se, em termos da prática profissional, aos esquemas e modos de agir de cada pessoa, tendo em conta as suas características pessoais (potencialidades, capacidades de ação, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados, e organizam-se em categorias multidimensionais, centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, socio afetiva, relacional, comunicativa e ético-legal (Le Boterf, 2005).

Na procura de reunir consenso na conceção do que é competência em enfermagem, tem sido efetuada uma discussão alargada em torno do termo, sustentando que a enfermagem requer uma complexa combinação de saberes, comportamentos, atitudes e *performance*, tornando-se necessário encontrar uma definição holística para o “ser competente” que reúna aceitação e seja operacionalizável.

Pensamos que a competência é uma construção que se desenvolve em contexto organizacional, em situação e como refere Le Boterf (2005, p.34), pode ser



considerada como um “(...) *processo ou como um resultado, não sendo de forma alguma, apenas um estado ou uma propensão para agir.*”

A competência tende a definir-se em termos de saber agir e reagir, ser competente é então “saber o que fazer” e “quando fazer” (Le Boterf, 2005).

O exercício da ciência de Enfermagem exige uma prática profissional cada vez mais complexa e diferenciada permitindo crescentes níveis de saúde à população.

A excelência do exercício é um caminhar permanente, uma procura constante que potencia a mudança de atitude sustentada na mobilização de conhecimentos. Deste modo, o enfermeiro para desenvolver competências terá necessariamente de mobilizar conhecimentos ou capacidades, face às situações, privilegiando para tal as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes (Dias, 2006).

O desenvolvimento de competências profissionais pressupõe o envolvimento e uma implicação efetiva do indivíduo, pois espera-se que seja capaz de tomar a iniciativa, fazer propostas, saber agir com pertinência, mobilizar saberes num determinado contexto.

Este envolvimento é assim essencial ao desenvolvimento da sua atividade profissional, de uma forma espontânea e profissional e não como mero executor de tarefas prescritas.

Pela complexidade e abrangência destas competências, as mesmas constroem-se e desenvolvem-se ao longo do percurso profissional do enfermeiro, até atingirem o nível de excelência. Esta perspetiva baseia-se no modelo de desenvolvimento de competências elaborado por Benner (2005).

Este Modelo de aquisição de competências- Modelo de Dreyfus, desenvolvido pelo matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e pelo filósofo Hubert Dreyfus, foi construído sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de aviões. Patrícia Benner (2005) juntamente com outros investigadores estudou a aplicabilidade deste modelo à enfermagem.

Este modelo defende que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um profissional (ou estudante) passa por cinco níveis/estádios sucessivos de “desenvolvimento profissional”, proficiência: iniciado/principiante, iniciado avançado, competente, proficiente e perito; reconhecendo em cada nível características específicas.

Contudo, este modelo de desenvolvimento de competências é um modelo dependente da situação e não referente à inteligência ou às aptidões dos enfermeiros. Por isso, ao ser transferido de serviço, um enfermeiro muito experiente em determinada área, pode



passar novamente pelo nível de principiante.

Um perfil de competências pode ser descrito como o conjunto dos conhecimentos científicos, técnicos e de saber-ser adquiridos ao longo da vida e em contexto profissional. Além disso, a literatura aponta também para um conjunto de características pessoais que as pessoas devem possuir.

Dias (2006), com o objectivo de definir a tipologia de competências, consultou diversos autores e agrupou os saberes em três domínios: Saber, Saber Fazer e Saber Ser em contexto de trabalho.

No Saber agrupou duas categorias: competências pessoais ou genéricas; saberes gerais e especializados do âmbito da profissão.

No Saber Fazer englobou competências de domínio psico-motor, técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão.

No Saber Ser incluiu competências: sócio afectivas, relacionais e ético morais.

Nas últimas décadas, também Le Boterf (2003/2005) foi enquadrando a sua reflexão sobre competências, posicionando-se numa linha de abordagem sistémica, valorizando o carácter global, dinâmico, integrador e contextualizado das mesmas.

Este autor enfatiza as competências como um saber mobilizar, saber integrar e saber transferir, ou seja, o enfermeiro terá de ser capaz de mobilizar as capacidades ou conhecimentos adquiridos em momentos oportunos, organizando, seleccionando e integrando apenas os conhecimentos que considere úteis, adaptando-os às diferentes situações.

O mesmo autor descreve vários tipos de saberes: gerais, específicos, processuais, saberes-fazer operatórios, saberes-fazer relacionais e saberes-fazer cognitivos.

Aplicando estas premissas à especificidade da enfermagem, no que se refere ao desenvolvimento das suas competências, o enfermeiro deve mobilizar sempre, os seus recursos individuais, (cognitivos, relacionais, atitudinais e técnicos) e os recursos do meio (interação com os outros, utilização de normas e regras, recursos materiais), seleccionando-os, integrando-os e combinando-os, por forma a saber administrar a complexidade das situações que emergem dos seus contextos de trabalho.

Para saber gerir esta complexidade é necessário “(...) *saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; saber envolver-se.*” (Le Boterf, 2003, p.38)

*Saber agir com pertinência* é saber, diante das situações imprevisíveis e complexas, tomar iniciativas e decisões, fazer escolhas, assumir riscos e reagir, de forma a resolver a situação. Não se reduz ao saber fazer; o enfermeiro deve ir mais além do

prescrito. Este saber agir está relacionado com a inteligência, é um saber inovar mais do que o saber rotinizado que por vezes se observa no desempenho profissional do enfermeiro, sobretudo num paradigma biomédico.

Saber agir com pertinência pressupõe ainda “saber julgar”. Para saber julgar, o enfermeiro necessita de se distanciar do contexto e ver a situação como um todo, antecipando os diferentes resultados do leque de ações possíveis para solucionar o problema/situação.

Estabelecendo um paralelismo entre esta perspetiva de Le Boterf e a perspetiva de Benner (2005), sobre o desenvolvimento de competências, o enfermeiro que sabe agir com pertinência, dialogando com a situação sem estar preso a algoritmos, a normas, a procedimentos pré-estabelecidos, é um profissional que se situa num nível máximo de competência, o nível de Perito.

O saber agir pode desenvolver-se, através da formação, construindo saberes e saberes-fazer de diversas formas: pelo treino, consolidando a capacidade de mobilizar, de combinar e de transpor os saberes.

No que respeita ao *Saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional*, importa referir que, Profissional não é aquele que possui apenas conhecimentos ou habilidades, mas aquele que os sabe mobilizar em contexto específico. “(...) *A competência requer instrumentalização em saberes e capacidades, mas não se reduz a essa instrumentalização. (...) À imagem do pensamento, que não se exprime, mas se realiza na palavra, competência não se exprime pela acção mas realiza-se na acção.*” (Le Boterf, 2003, p.48).

Como tal, ao refletirmos sobre competências, só o podemos fazer em ligação com o indivíduo e com este em “situação de desempenho”.

Em enfermagem, esta capacidade de saber mobilizar os conhecimentos no contexto começa a desenvolver-se já no decurso da formação inicial, em contexto de ensino clínico e prossegue no decurso da prática profissional, dada a instabilidade dos contextos, a imprevisibilidade e complexidade das situações.

*Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogéneos* também deverá ser uma competência do profissional, pois os saberes são compostos por elementos diversos, pelo que aquele deve saber selecionar e combinar por forma a poder utilizá-los nas suas atividades profissionais, indo além da reprodução ou replicação.

Para este autor, a transição da formação para o desenvolvimento de competências práticas pressupõe uma transformação (transposição), que o profissional faz através de uma construção cognitiva “(...) *combinando múltiplos ingredientes que terão sido seleccionados conscientemente*” (Le Boterf, 2003, p 55).

*Saber transpor* é, para Le Boterf (2003, p.70), a capacidade que a pessoa tem de utilizar os saberes em contextos diversos, aprendendo a adaptar-se, isto é, ter capacidade de “(...) *resolver problemas ou de enfrentar situações, e não um problema ou uma situação.*”

Na opinião do autor, dada a crescente variabilidade dos contextos, é esperado que os saberes sejam cada vez mais transferíveis, não devendo permanecer inertes.

A transferibilidade pressupõe, nesta perspectiva, que cada situação seja percebida como um todo a partir do qual se identificam os aspetos específicos a serem transferidos de situações homólogas.

Contudo, importante será, também, *Saber aprender*, pois é aprendendo a reconhecer os problemas, a classificá-los em relação a contextos, que o enfermeiro será capaz de aprender a aprender. Assim saberá tirar as lições da experiência, não se contentando em fazer ou agir, fazendo da sua prática profissional uma oportunidade de criação de saber.

Um nível de desempenho de excelência exige uma preparação especializada do Enfermeiro na prestação de cuidados.

As competências e conhecimento especializado, integram-se no que a OE preconiza para o Enfermeiro Especialista, que deverá ser o profissional “(...) *com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão...*” (OE, 2010a, p.2).

Ainda segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010a, p. 3):

*“(...) seja qual for a área de especialidade, todos os Enfermeiros Especialistas partilham de um grupo de domínios, considerados competências comuns, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”.*

É extremamente importante ao enfermeiro, nomeadamente em contexto de urgência/emergência “(...) *manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.*” (OE 2015, p. 91).

O desempenho neste ambiente exige uma preparação especializada do enfermeiro prestador de cuidados, sendo que a OE, por proposta do Conselho Diretivo, aprovou em Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Outubro/2010, o Regulamento sobre as Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Neste documento, a Pessoa em Situação Crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Assim, os cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica, prestados, maioritariamente, em contexto de urgência/emergência, são entendidos como:

*“(...) altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (OE, 2010b, p.1).*

O referido Regulamento, indica ainda quais as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da concepção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica tem, assim, o dever de dinamizar, desde a concepção até à ação, a resposta a situações de urgência/emergência.

Depois de exposto o quadro de referência teórico que suporta este estudo, daremos conta, no capítulo seguinte, de todo o enquadramento metodológico que orientou este trabalho.

## **CAPÍTULO II CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA DE PERFIL DO ENFERMEIRO**



## 1- PERCURSO METODOLÓGICO

*“(...) os enfermeiros, no exercício da sua actividade, contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.”*

OE, 1998

A investigação em enfermagem significa pesquisar de novo e estudar com cuidado áreas que nos preocupam ou necessitam evidência e Burns, Grove e Soriano (2004, p. 3) definem-na como *“(...) o estudo sistemático e completo que dá por válidos conhecimentos já existentes e desenvolve outros”*. Acrescentam como características fundamentais da investigação, a planificação, organização e persistência, elementos essenciais de garante da produção de um corpo de conhecimentos válido e sustentado (Ibidem, 2004).

Neste sentido, a definição da metodologia é fundamental, pois consiste no traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais e simultaneamente fornecer uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido.

Assim, neste ponto pretendemos apresentar de forma sucinta, clara e fundamentada o caminho percorrido e as decisões metodológicas que nortearam o desenvolvimento deste trabalho, desde a problemática, objetivos do estudo, ao desenho do mesmo, onde descrevemos a metodologia e estratégias utilizadas e por último as considerações éticas inerentes.

### 1.1- A Problemática e os Objetivos do Estudo

As VMER, que surgiram pela primeira vez em 1989, são atualmente tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, como SAV e SAV em Trauma e munidas de equipamento de SAV. Permitem o transporte rápido de uma equipa de Emergência Pré-hospitalar até ao doente em situação de emergência, tendo como objetivo a sua estabilização pré-hospitalar e acompanhamento diferenciado durante o seu transporte.

O Enfermeiro tem hoje, cada vez mais, um papel preponderante na área da emergência médica e assistência pré-hospitalar, assistindo-se, nos últimos anos, a um aumento significativo do interesse nesta área por parte dos profissionais de saúde. A sua atuação em contexto pré-hospitalar, nomeadamente na VMER, exige a detenção de competências específicas, de um conjunto de características, ou seja, de um perfil particular.

Tal facto levou-nos a questionar sobre qual seria o perfil mais adequado para o exercício profissional nesta área.

O interesse particular sobre a temática surge da experiência profissional como Enfermeiro Coordenador da VMER de um hospital do Norte, a qual já nos colocou, algumas vezes, na situação de ter que selecionar enfermeiros para integrarem a Equipa VMER. Atendendo ao facto de não existirem critérios objetivos para a seleção desses elementos, à exceção da vontade expressa do próprio e aprovação no Curso VMER Enfermeiro, pelo INEM, não tem sido tarefa fácil e tem suscitado alguns questionamentos sobre qual será o melhor candidato, qual o que reúne o maior número de competências, ou seja, qual o que detém o melhor Perfil para o exercício profissional no contexto em questão.

Por outro lado, na pesquisa bibliográfica que efetuámos não encontramos estudos que incidissem diretamente sobre a temática em estudo, competências/caraterísticas para o exercício profissional na VMER, nomeadamente do Enfermeiro, o que também constitui outro dos motivos para avançar com este estudo. Como refere Fortin (2009, p. 32), “(...) *na construção do problema de investigação deve considerar-se que este seja uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação*”.

Deste modo, traçamos como objetivo geral construir uma proposta de Perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER.

Par dar resposta a este objetivo, delineamos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características socioprofissionais necessárias para o exercício profissional na VMER;
- Identificar as competências necessárias para o exercício profissional na VMER;
- Obter o consenso em torno da construção do Perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER.

Pretendemos com este estudo contribuir para a construção de uma proposta do Perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER, que se constitua como um guia orientador/*guideline* para otimizar o processo de seleção dos enfermeiros neste âmbito e consequentemente, melhorar a segurança e a qualidade de cuidados à Pessoa/família em Situação Crítica em contexto pré-hospitalar.



## 1.2- O Desenho do Estudo

Na fase metodológica, a escolha do desenho de estudo é fundamental, na medida em que este deve ser coerente com o que pretendemos investigar. É nesta fase que se define o tipo de estudo, a população e a amostra e os procedimentos para efetuar a recolha e análise de dados.

Segundo Fortin (2009, p. 54) *“(...) o desenho é um plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista uma maneira de proceder suscetível de levar à realização dos objetivos...indica que tipo de estudo será utilizado e como serão postos em prática os elementos do desenho”*.

Assim, este estudo vai assentar no paradigma qualitativo, uma vez que é a abordagem que nos permite dar resposta aos objetivos que delineamos. Isto porque, as questões de investigação, que carecem de alguma exploração ou de uma descrição, ou mesmo que resultam do senso comum e da experiência humana, surgem como fulcro na investigação qualitativa (Fortin, 2009). Ainda segundo a mesma autora *“(...) A conceitualização, o tema ou assunto do estudo, numa investigação qualitativa, começa muitas das vezes pela exploração de um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação* (Fortin, 2009, p. 32).

Deste modo, optamos por um estudo de natureza exploratória, atendendo a que a pesquisa bibliográfica realizada não nos permitiu encontrar muitos estudos sobre o tema em questão, nomeadamente no nosso País. Tal como referem Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos exploratórios são realizados quando se pretende estudar um tema que ainda é pouco conhecido ou ainda não foi sequer abordado.

Conforme já referimos, com este estudo pretendemos construir uma proposta do Perfil do Enfermeiro para exercer a atividade profissional na VMER, para promover uma melhor segurança e qualidade de cuidados à Pessoa/família em Situação Crítica em contexto pré-hospitalar. Subjaz a esta intenção a necessidade, conforme já referimos, de existir um documento orientador para a seleção dos profissionais com as características e competências adequadas para o efeito.

Assim, entendemos que a metodologia mais adequada para atingir este objetivo seria a Técnica de Grupo Nominal (TGN), com recurso a um painel de Peritos.

A TGN é uma técnica que usa um método de consenso formal, desenvolvida em 1971 por Delbecq e Van de Ven, e que frequentemente apresenta variações na sua forma de aplicação. Contudo, os princípios básicos e o seu principal objetivo mantêm-se, que é o da estruturação da interação grupal, apresentando também um aspeto não

interativo, que segundo os autores pode ser benéfico em situações em que se pretende a estimulação e a geração de ideias e opiniões (Murphy [et al.], 1998; Morgan, 2010).

Desta forma e considerando que a constituição do grupo de Peritos é fundamental para a concretização dos objetivos delineados e o que mais pode contribuir para o sucesso dos resultados, foi necessário definir os critérios de seleção dos elementos a integrar, pelo que a técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística e por conveniência, visto que serão inquiridos os sujeitos mais convenientemente aptos para o estudo (Polit [et al.], 2004; Fortin, 2009).

Considerando a importância que estas metodologias atribuem ao saber e à experiência das pessoas selecionadas para o estudo, é fundamental saber em que medida essas pessoas são suscetíveis de fornecer dados válidos e completos, ou seja, em que medida podem ser considerados Peritos.

O conceito de Perito é resumido por Phill (citado por Justo, 2005) como sendo alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo.

Por seu lado, Press (ibidem 2005, p.4) considera que os peritos deverão,

*“(...) Conhecer pessoalmente a região, a comunidade ou instituições em estudo; desempenhar funções ou desenvolver atividades relacionadas com o objetivo do estudo; participar ativamente na vida de coletividade ou da instituição; ter participado em trabalhos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo”.*

Um Perito é, portanto, alguém que através da formação e da experiência profissional adquiriu conhecimentos e habilidades necessárias para atuar em determinada área, sendo reconhecido pelos seus pares como tal.

Ou seja, neste tipo de estudos é muito importante selecionar os participantes que melhor representam ou tenham conhecimento do fenómeno a investigar. Assim, há a garantia efetiva e eficiente que a criação das categorias com informação pertinente para a elaboração do manual será de ótima qualidade (Vilelas, 2009; Fortin, 2009).

É importante salientar que este tipo de amostras, apesar de pequenas e selecionadas, não quer dizer que não sejam de qualidade, pois tal como afirma Vilelas (2009), nos estudos qualitativos quase sempre se empregam amostras pequenas não probabilísticas, o que não significa que o investigador não se interesse pela qualidade da sua amostra, mas aplicam-se critérios distintos para selecionar os participantes. Para Murphy [et al.] (1998), no que se refere à dimensão da amostra, não existe um número que se possa considerar como o mais correto, contudo reconhece-se que o tamanho oscila, normalmente, entre seis e doze pessoas, pois afigura-se que em grupos com menos de seis participantes a fiabilidade diminui drasticamente, enquanto em grupos com mais de doze membros as melhorias na fiabilidade estão sujeitas a

rendimentos decrescentes (Murphy [*et al.*], 1998).

Assim sendo, foi nossa intenção contactar Peritos que tivessem realmente conhecimentos, experiência e um interesse profundo na temática em questão, pelo que para a identificação dos potenciais membros do painel de Peritos, privilegiamos critérios como os cargos desempenhados e a experiência profissional nas áreas em questão.

Assim, a nossa seleção recaiu em Enfermeiros com pelo menos 2 anos de experiência em gestão de Equipas de Enfermagem e o mínimo de 6 anos como elementos integrantes da VMER, provenientes de diferentes áreas geográficas da região Norte do País.

O painel foi assim constituído por *experts* provenientes de diversas Instituições do norte de Portugal, como se pode ver na tabela 1, onde apresentamos os peritos convidados, assim como os critérios apresentados para a sua seleção.

Tabela 1- Peritos e critérios chave de seleção

PERITO	CRITÉRIO	INSTITUIÇÃO
Enf <sup>o</sup> . E1	VMER St <sup>o</sup> . António / Coordenador de Equipa de Urgência	CHPorto- Hospital St <sup>o</sup> . António
Enf. <sup>a</sup> E2	VMER Delegação / Responsável do Departamento de Emergência Médica	INEM – Delegação do Porto
Enf <sup>a</sup> . E3	VMER Viana do Castelo / Coordenador da VMER	ULSAM- Hospital de Viana do Castelo
Enf <sup>o</sup> . E4	VMER Delegação / Coordenador Ambulâncias SIV	INEM – Delegação do Porto
Enf <sup>a</sup> . E5	VMER Viana do Castelo / Enf <sup>a</sup> -Chefe	ULSAM- Hospital de Viana do Castelo
Enf <sup>o</sup> . E6	VMER Braga / Enf <sup>o</sup> -Chefe	Hospital de Braga
Enf <sup>o</sup> .E7	VMER Guimarães / Coordenador da VMER	Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave
Enf <sup>o</sup> . E8	VMER Famalicão / Coordenador da VMER	CHMA- Hospital Famalicão

Com base nestas considerações acreditamos que o perfil profissional e o nível de experiência deste Grupo de Peritos permitiram obter opiniões significativas e

relevantes para o estudo.

Todos os peritos selecionados aceitaram participar no estudo, pelo que o painel ficou composto por oito elementos.

### 1.3- Considerações éticas

Ética em investigação diz respeito à qualidade dos procedimentos do início ao fim da pesquisa, desde a pertinência do problema à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento (Nunes, 2011).

Qualquer investigação que tenha como objeto de estudo os seres humanos levanta questões éticas, decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Neste sentido e porque este estudo envolveu seres humanos, atendemos aos princípios fundamentais, que se baseiam no respeito pela dignidade humana e que de acordo com o preconizado por Fortin (2009) são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

Em relação aos participantes, impôs-se o respeito pela pessoa e com a proteção dos seus direitos de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Assim e com base neste princípio, os direitos dos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade e à confidencialidade, foram absolutamente protegidos. Com este fim, os participantes no estudo foram informados da finalidade, dos objetivos, dos riscos e da relação riscos/benefícios que atribuímos à sua participação no mesmo. Foi ainda salvaguardado o seu direito de se retirarem do estudo sempre e quando o entendessem.

Deste modo, para a execução da Entrevista de Grupo – *Focus Group* e restante participação no presente trabalho, foi solicitado consentimento informado por escrito a cada um dos constituintes do Painel de Peritos, após terem sido dados a conhecer a finalidade e os objetivos do estudo (Apêndice I).

Para Polit [*et al.*] (2004, p.151):

*“(...) o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente*

*participar na investigação ou declinar”.*

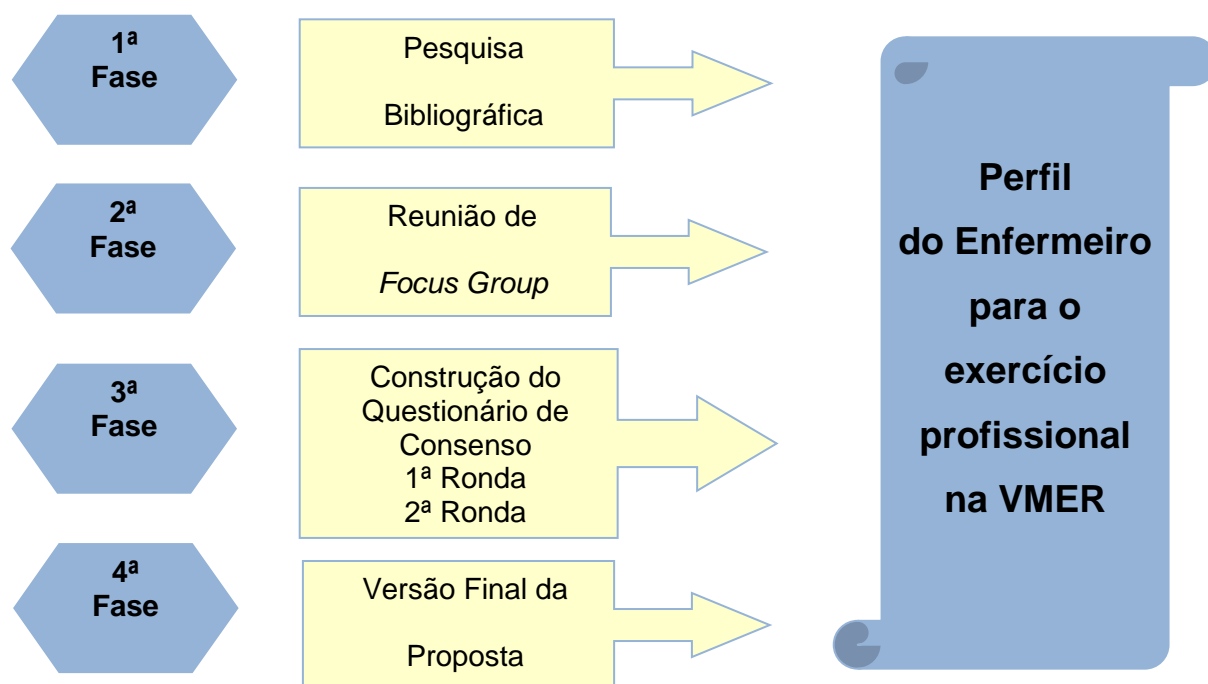
O investigador proporcionou aos participantes informação suficiente e adequada na prestação do consentimento informado.



## 2- Processo para a construção do Perfil do Enfermeiro

Tendo em conta que um processo pressupõe etapas, num sentido crescente de agregação da informação, com uma sequência contínua de fatos que apresentam uma unidade, subentende-se que, a construção de uma proposta do *Perfil do Enfermeiro da VMER* assentou num processo com quatro etapas sequenciais, que permitiram obter informações e conhecimentos pertinentes e assim alcançar o maior grau de consenso. Este processo encontra-se, de uma forma ilustrativa, representado na figura 1, onde esquematicamente se pode observar a sequência e os conteúdos de cada uma das etapas:

Figura 1 - Esquematização do percurso para a elaboração do Perfil



Através da pesquisa bibliográfica, o investigador procurou identificar o conjunto de características que melhor definem o Perfil do Enfermeiro para o exercício profissional na VMER.

A revisão inicial da literatura teve, assim, o propósito de aumentar o material identificado e o objetivo de recolher informação mais atualizada sobre a temática, bem como ajudar a orientar a entrevista ao Grupo de Peritos.

A colheita de dados é um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 2009).

As seguintes fases deste estudo foram, como já referido, baseadas nos pressupostos da TGN.

Na segunda fase deste processo, foi realizada uma reunião de Peritos, *Focus Group*, onde se discutiram as diferentes opiniões de cada um relativamente ao assunto do estudo.

Morgan (2010) define *Focus Group* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador.

A entrevista é um tipo de inquérito: processo de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de comparação. Caracteriza-se pela comunicação e interação entre duas ou mais pessoas, da qual resulta uma verdadeira troca: o entrevistado exprime as suas perceções sobre um dado acontecimento ou situação, as suas reações ou interpretações, enquanto o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afaste dos seus objetivos e promove o máximo de autenticidade e profundidade (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Entre o leque de vantagens sistematizadas por Stewart [et al.] (2007) do *Focus Group* face a outros métodos de investigação, salientamos o facto de este permitir fornecer dados de um grupo muito mais rapidamente e frequentemente com menores custos do que se essa informação tivesse sido obtida a partir de entrevistas individuais e a sua flexibilidade, podendo ser usado para a análise de um leque alargado de tópicos com uma variedade de indivíduos (incluindo indivíduos com baixos níveis de escolaridade) e de contextos.

A fragilidade do *Focus Group*, à semelhança da sua força, está relacionada com o processo de produção de interações focadas, levantando questões acerca do papel do moderador na geração dos dados e do impacto do próprio grupo nos dados (Morgan, 2010).

Embora o tamanho dos grupos possa oscilar entre quatro e doze participantes, tem sido referido que este, tipicamente, se situa entre cinco a dez participantes (Krueger & Casey, 2009) ou entre seis a dez participantes (Morgan, 2010).

Já no que se refere ao número de rondas, optámos por efetuar as que fossem necessárias até se percecionar um grau de consenso aceitável, onde já não existissem pontos a discutir, pois tal como afirmam Murphy [et al.] (1998), duas ou mais rondas são suscetíveis de originar uma maior convergência das decisões individuais, embora não esteja claro se isso aumenta a precisão da decisão em grupo.



A entrevista foi conduzida com recurso ao guião previamente elaborado (Apêndice II) e foi realizada no dia 26 de março de 2016, na Sala de Reuniões, gentilmente cedida pelo Conselho de Administração do Hospital a que pertence o investigador.

Os entrevistados foram contactados (telefonicamente e por e-mail) e informados dos objetivos do estudo, demonstrando a sua disponibilidade para participarem.

O tempo de duração da entrevista foi de, sensivelmente, 2 horas e 10 minutos.

A entrevista foi previamente marcada e, antes da sua realização, foi reforçado o pedido de gravação em áudio, ao qual todos os participantes deram o seu consentimento, após terem sido informados sobre os aspetos inerentes ao estudo em causa e depois de lhes ter sido garantido o cumprimento dos princípios éticos implícitos em qualquer estudo de investigação.

Toda a entrevista foi gravada e preservada em formato digital, uma vez que a manutenção dos dados, na sua forma original, é importante caso seja necessário o acesso para esclarecimento de alguma dúvida.

As perguntas constantes do guião da entrevista foram realizadas a todos os participantes, mas foi permitido que cada entrevistado fosse desenvolvendo o assunto de acordo com a sua evolução individual, no sentido de permitir a descrição das suas emoções, sentimentos, experiências e comportamentos pessoais e permitir assim uma exploração do tema mais abrangente e completa.

A intervenção do moderador constitui um elemento chave nesta fase (Krueger & Casey, 2009; Stewart [et al.], 2007) e nesse sentido, as competências de moderação e de dinâmica de grupo que este possua, representam elementos críticos do ponto de vista do seu sucesso. O papel do moderador não é o de emitir julgamentos, mas o de questionar, ouvir, manter a conversação no trilho e certificar-se que cada participante tem oportunidade de participar. Cremos terem sido atingidos estes objetivos por parte do investigador.

Todo o conteúdo da entrevista foi transcrito para formato *Word* e após análise desses dados, foi desenvolvido um procedimento de codificação, segundo Bardin (2011), que apresentamos pormenorizadamente no Apêndice II. Analisada a entrevista, onde se observou uma grande diversidade de opiniões, partimos para a construção de um Questionário, com base nos dados obtidos, dando assim início à fase seguinte deste percurso.

Esta fase consistiu, deste modo, na construção de um Questionário (Apêndice III) para se aferir o grau de consenso gerado, pois tal como afirmam Murphy e colaboradores (1998), o melhor indicador do consenso geral é a proporção de cenários para os quais o grupo concorda, sendo também nesta fase efetuada a análise desses dados.

O referido instrumento mais não era do que, um conjunto de características/competências definidoras do perfil do enfermeiro, segundo as opiniões recolhidas na entrevista de grupo.

Nesse Questionário, subdividido em 8 Domínios e com um total de 44 questões, foi solicitado a cada um dos participantes o seu grau de concordância com o critério apresentado, de acordo com uma Escala de Likert de 5 pontos: 1- *Discordo completamente*; 2- *Discordo*; 3- *Não concordo nem discordo*; 4- *Concordo*; 5- *Concordo completamente*.

Para complementar a resposta a cada critério apresentado, foi disponibilizado no final, um campo para comentários e sugestões que os Peritos desejassem expressar.

De acordo com o nível e tipo de consenso previamente definido, seriam aceites como critérios que dariam resposta ao objetivo deste estudo, aqueles em que se obtivesse o grau de consenso “Muito Elevado” ou “Elevado” e como tal, seriam apenas estes que transitariam para a etapa seguinte do mesmo.

Os critérios de determinação do grau de consenso do presente estudo, de acordo com a literatura (Mokkink [et al.], 2006; Hsu e Standford, 2007, in Capelas, 2014) são apresentados na Tabela 2:

TABELA 2: Critérios de determinação do grau de consenso (Adaptado de Capelas, 2014)

Grau de consenso	Concordância	Mediana
Muito Elevado	$\geq 80\%$	5
Elevado	$\geq 80\%$	$\geq 4$
Moderado	60-79%	$\leq 4$
Baixo	$< 60\%$	4

Este instrumento foi enviado a 27 de junho de 2016 a todos os Peritos, através de correio eletrónico, solicitando-se a sua colaboração para o preenchimento do mesmo, tendo-se obtido uma participação total e completa por parte dos peritos.

Ainda inserida nesta fase do estudo, foi efetuada uma segunda ronda desta técnica, usando a mesma estratégia de divulgação, levada a efeito em 7 de Outubro de 2016 (Apêndice IV).

Tal procedimento resultou da não obtenção de consenso num dos Domínios do primeiro Questionário, mais especificamente no que se referia às Características Socioprofissionais e ainda dos comentários e sugestões recebidos dos Peritos, aquando do preenchimento do primeiro Questionário, que conduziram à necessidade de introduzir pequenas alterações ao enunciado do segundo instrumento, com o intuito de, por um lado, pormenorizar/explicitar o âmbito concreto do Perfil perseguido nos

itens em questão e, por outro lado, corrigir discretas incorreções de nomenclatura, inadvertidamente contidas no primeiro enunciado.

Os procedimentos de análise foram sendo desenvolvidos com a preocupação de trabalhar sobre os dados de maneira sistemática, num processo de reflexão e intuição com vista a, tendo presente os objetivos de estudo, identificar e clarificar os temas emergentes.

Tentamos, neste processo, aplicar a maior objetividade possível, sabendo, no entanto, que a mesma nunca consegue ser absoluta.

Para este processo tomamos por base os objetivos definidos para este estudo, o que nos orientou na exploração do material recolhido. Assim, procedemos ao agrupamento de dados semelhantes em temas/domínios, isto é, unidades estruturais de significado, categorias e subcategorias (Streubert & Carpenter, 2013).

Os dados recolhidos das respostas dos participantes foram sujeitos a análise estatística simples, no sentido de conhecer as percentagens absolutas e as medidas de tendência de cada um dos itens do instrumento em questão.

A quarta e última fase deste estudo foi a compilação da proposta definitiva do Perfil do Enfermeiro, resultante da análise dos dados recolhidos nas duas rondas do Questionário.

A apresentação e análise dos resultados, que abordaremos no capítulo seguinte, são exibidos em forma de descrições e quando pertinente, acompanhados de figuras ilustrativas.



### **CAPÍTULO III APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**



## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*“Novos conhecimentos emanam da investigação, que se torna um instrumento indispensável à evolução da profissão.”*

Fortin, 2009

Do tratamento estatístico de todos os itens presentes no Questionário, com recurso aos critérios para determinar o grau de consenso propostos por Capelas (2013), determinou-se, conseqüentemente, a sua inclusão ou exclusão na versão final.

Tal como foi exposto, seriam aceites como critérios que dariam resposta ao objetivo deste estudo, aqueles em que se obtivesse o grau de consenso “Muito Elevado” ou “Elevado”.

Assim, na primeira ronda do Questionário, constatou-se um grau de consenso Elevado e Muito Elevado, na generalidade dos parâmetros do instrumento proposto.

Os únicos parâmetros que apresentaram menor grau de consenso (Moderado), nesta primeira ronda, foram os do Domínio das “Caraterísticas Socioprofissionais”.

Apresentando, nas tabelas seguintes e de forma mais pormenorizada, os resultados obtidos nos diferentes domínios, ficou evidente, pelos resultados obtidos através do Questionário, que as caraterísticas Socioprofissionais, particularmente “Idade” e “Formação Académica”, abriram espaço a um conjunto díspar de opiniões, por parte dos Peritos, atendendo ao, respetivamente, Baixo (50%) e Moderado (75%) grau de consenso obtidos neste Domínio.

TABELA 3: Concordância e grau de consenso no Domínio “Caraterísticas Socioprofissionais” (ronda 1)

DOMÍNIO: CARATERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS			
	Concordância (%)	Consenso	Mediana
<b>1-Idade:</b> Deve ter menos de 45 anos de idade	50%	B	4
<b>2-Experiência profissional:</b> Deve ter, pelo menos, 5 anos de exercício em contexto de atendimento à Pessoa em Situação Crítica	87%	ME	5
<b>3-Formação Académica:</b> Deve ser, preferencialmente, detentor do título de Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica	75%	M	4

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo;

Após uma segunda ronda do Questionário, contendo apenas as questões relativas às

“Caraterísticas Socioprofissionais”, os resultados obtidos apontam no sentido dum consenso “Muito elevado” (Tabela 4) em relação às duas primeiras questões. No entanto, no que se refere à última questão, relacionada com a preferência de detenção do título de Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica, por parte do Enfermeiro da VMER, não foi possível obter consenso pelo que, este item não fará parte do Perfil final.

TABELA 4: Concordância e grau de consenso no Domínio “Caraterísticas Socioprofissionais” (ronda 2)

<b>DOMÍNIO: CARATERÍSTICAS SÓCIOPROFISSIONAIS (ronda 2)</b>			
	<b>Concordância (%)</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mediana</b>
<b>1-Idade:</b> <i>Deve ter menos de 45 anos de idade (aquando do ingresso para início de funções)</i>	87%	ME	5
<b>2-Experiência profissional:</b> <i>Deve ter, pelo menos, 3 a 5 anos de exercício em contexto de atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>	100%	ME	5
<b>3-Formação Académica:</b> <i>Deve ser, preferencialmente, detentor do título de Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica</i>	50%	B	4

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo;

O Domínio das “Competências Científicas e Técnicas na Área da Pessoa em Situação Crítica” obteve, como se poderá verificar na Tabela 5, um grau de Consenso total entre os Peritos:

TABELA 5: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Científicas e Técnicas”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS E TÉCNICAS NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b>			
<b>COMPETÊNCIA: 2.1- Detém um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos, necessários ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mediana</b>
<i>2.1.1- Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida</i>	100%	ME	5
<i>2.1.2- Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de trauma</i>	100%	ME	5
<i>2.1.3- Atua de acordo com as mais recentes diretrizes (Guidelines) relativas ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>	100%	ME	5
<i>2.1.4- Executa intervenções / procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade da Pessoa em Situação Crítica</i>	100%	ME	5
<i>2.1.5- Demonstra capacidade de observação clínica</i>	100%	ME	5
<b>2.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</b>	100%	ME	5
<b>2.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo



Concordância quase absoluta obteve, também, o Domínio “Competências Pessoais” (Tabela 6), sendo que o item: “Demonstra capacidade para ser criativo” foi o único em que o Consenso não foi total, obtendo, no entanto, uma Concordância de 87%, com o consequente “Muito elevado” Consenso.

TABELA 6: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Pessoais”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS PESSOAIS</b>			
<b>COMPETÊNCIA:</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mediana</b>
<b>3.1- Demonstra calma e segurança nos seus atos e decisões</b>	100%	ME	5
<b>3.2- Demonstra capacidade de controlo das situações</b>	100%	ME	5
<b>3.3- Manifesta sentido de responsabilidade</b>	100%	ME	5
<b>3.4- Demonstra autoconfiança</b>	100%	ME	5
<b>3.5- Demonstra capacidade de gestão emocional</b>	100%	ME	5
<b>3.6- Demonstra perseverança</b>	100%	ME	5
<b>3.7- Demonstra atenção</b>	100%	ME	5
<b>3.8- Demonstra interesse e vontade para o exercício da função</b>	100%	ME	5
<b>3.9- Demonstra capacidade para ser criativo</b>	87%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

Por sua vez, o Domínio “Competências de Gestão de Eventos Críticos” também reuniu a total concordância por parte dos Peritos (Tabela 7):

TABELA 7: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências de Gestão de Eventos Críticos”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>			
<b>COMPETÊNCIA:</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mediana</b>
<b>4.1- Demonstra e realiza cuidados que se prevejam necessários para prevenir complicações na Pessoa em Situação Crítica</b>	100%	ME	5
<b>4.2- Demonstra habilidades para reconhecer e prevenir o agravamento do estado clínico da Pessoa em Situação Crítica</b>	100%	ME	5
<b>4.3- Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o atendimento à Pessoa em Situação Crítica</b>	100%	ME	5
<b>4.4- Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência</b>			
<i>4.4.1- Manifesta capacidade de gestão do tempo</i>	100%	ME	5
<b>4.5- Assiste o doente e família nas perturbações emocionais</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

No que diz respeito ao Domínio “Competências Interpessoais e Relacionais” também se poderá verificar, na Tabela 8, o “Muito Elevado” grau de consenso obtido entre os

participantes: De realçar apenas, que o item “Manifesta capacidade de gestão de conflitos” foi o único que não obteve Consenso total, obtendo, no entanto, uma Concordância de 87%, ainda assim com o respetivo “Muito elevado” Consenso.

TABELA 8: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Interpessoais e Relacionais”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS E RELACIONAIS</b>			
COMPETÊNCIA:	Concordância (%)	Consenso	Mediana
<b>5.1- Gere o estabelecimento da relação terapêutica</b>			
<i>5.1.1- Manifesta capacidade de gestão de conflitos</i>	87%	ME	5
<b>5.2- Possui capacidade de trabalho em equipa</b>	100%	ME	5
<b>5.3- Manifesta espírito de liderança</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

Também os Domínios “Competências Comunicacionais” e Competência Ético-Morais” reuniram total concordância, por parte dos Peritos, como se pode verificar, respetivamente, nas Tabela 9 e 10:

TABELA 9: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Comunicacionais”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS</b>			
COMPETÊNCIA:	Concordância (%)	Consenso	Mediana
<b>6.1- Gere a comunicação interpessoal</b>	100%	ME	5
<b>6.2- Promove o apoio psicológico do doente e família</b>	100%	ME	5
<b>6.3- Gere a relação terapêutica</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

TABELA 10: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências Ético-Morais”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS ÉTICO-MORAIS</b>			
COMPETÊNCIA:	Concordância (%)	Consenso	Mediana
<b>7.1- Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro da VMER</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

Seguindo o mesmo contorno e para finalizar, iguais resultados foram obtidos no Domínio das “Competências da Melhoria Contínua da Qualidade”, tal como se constata na Tabela 11:

TABELA 11: Concordância e grau de consenso no Domínio “Competências de Melhoria Contínua da Qualidade”

<b>DOMÍNIO: COMPETÊNCIAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>			
<b>COMPETÊNCIA: 8.1- Desenvolve processos de Formação Contínua</b>	<b>Concordância (%)</b>	<b>Consenso</b>	<b>Mediana</b>
8.1.1- <i>Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida</i>	100%	ME	5
8.1.2- <i>Realiza treinos específicos em Suporte Avançado de Vida</i>	100%	ME	5
8.1.3- <i>Aproveita as oportunidades para aprender com outros elementos da Equipa</i>	100%	ME	5
8.1.4- <i>Contribui para a formação profissional dos elementos da Equipa</i>	100%	ME	5
8.1.5- <i>Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da Pessoa em Situação Crítica</i>	100%	ME	5
<b>8.2- Manifesta capacidade crítico-reflexiva</b>	100%	ME	5

Legenda: ME- Muito Elevado; E-Elevado; M-Moderado; B- Baixo

Como resultado final obteve-se uma proposta do Perfil do Enfermeiro para o exercício na VMER constituída por 8 domínios, 34 competências e 2 atributos, ilustrada na figura (2) que abaixo se apresenta:

Figura 2- Versão final da proposta de Perfil

1- CARATERÍSTICAS SÓCIO-PROFISSIONAIS
1.1-Idade: <i>menos de 45 anos de idade (aquando do ingresso para início de funções)</i>
1.2-Experiência profissional: <i>3 a 5 anos de exercício em contexto de atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>
2- COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS E TÉCNICAS NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
2.1- Detém um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos, necessários ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica
2.1.1- <i>Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida</i>
2.1.2- <i>Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de trauma</i>
2.1.3- <i>Atua de acordo com as mais recentes diretrizes (Guidelines) relativas ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>
2.1.4- <i>Executa intervenções / procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade da Pessoa em Situação Crítica</i>
2.1.5- <i>Demonstra capacidade de observação clínica</i>
2.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos
2.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica
3- COMPETÊNCIAS PESSOAIS
3.1- Demonstra calma e segurança nos seus atos e decisões
3.2- Demonstra capacidade de controle das situações
3.3- Manifesta sentido de responsabilidade
3.4- Demonstra autoconfiança
3.5- Demonstra capacidade de gestão emocional
3.6- Demonstra perseverança
3.7- Demonstra atenção
3.8- Demonstra interesse e vontade para o exercício da função

3.9- Demonstra capacidade para ser criativo
<b>4- COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>
4.1- Demonstra e realiza cuidados que se prevejam necessários para prevenir complicações na Pessoa em Situação Crítica
4.2- Demonstra habilidades para reconhecer e prevenir o agravamento do estado clínico da Pessoa em Situação Crítica
4.3- Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o atendimento à Pessoa em Situação Crítica
4.4- Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência
4.4.1- <i>Manifesta capacidade de gestão do tempo</i>
4.5- Assiste o doente e família nas perturbações emocionais
<b>5- COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS E RELACIONAIS</b>
5.1- Gere o estabelecimento da relação terapêutica
5.1.1- <i>Manifesta capacidade de gestão de conflitos</i>
5.2- Possui capacidade de trabalho em equipa
5.3- Manifesta espírito de liderança
<b>6- COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS</b>
6.1- Gere a comunicação interpessoal
6.2- Promove o apoio psicológico do doente e família
6.3- Gere a relação terapêutica
<b>7- COMPETÊNCIAS ÉTICO-MORAIS</b>
7.1- Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro da VMER
<b>8- COMPETÊNCIAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>
8.1- Desenvolve processos de Formação Contínua
8.1.1- <i>Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida</i>
8.1.2- <i>Realiza treinos específicos em Suporte Avançado de Vida</i>
8.1.3- <i>Aproveita as oportunidades para aprender com outros elementos da Equipa</i>
8.1.4- <i>Contribui para a formação profissional dos elementos da Equipa</i>
8.1.5- <i>Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da Pessoa em Situação Crítica</i>
8.2- Manifesta capacidade crítico-reflexiva

Após apresentação dos resultados obtidos, segue-se, no próximo capítulo, a discussão crítico- reflexiva sobre os mesmos.

## **CAPÍTULO IV DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“As histórias ilustram o significado, o significado estimula a interpretação e a interpretação pode mudar o resultado”*

(Krasner in Streubert & Carpenter, 2013)

Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos, impõe-se uma reflexão sobre os resultados, de modo a produzirmos inferências válidas sobre o seu significado.

Esta etapa consiste, como nos refere Bardin (2011, p.167), numa “(...) *análise de conteúdo sobre análise de conteúdo*”, ou seja, numa reflexão profunda sobre os dados obtidos, sustentada nas opiniões de diversos autores que se debruçaram sobre o assunto e na nossa própria reflexão.

Ao longo do que já foi exposto, percebe-se que a construção da proposta do Perfil foi conseguida em diferentes etapas com recurso a técnicas para obtenção de consenso, como é o caso do painel de Peritos e da TGN.

Ainda que a utilização de um painel de Peritos possa ser considerada como uma forma informal de obtenção de consenso, por poder não se efetuar de uma forma organizada e com um fio condutor, a sua associação com técnicas formais de obtenção de consenso, como a TGN, pode contribuir para uma metodologia de obtenção de consenso mais credível e rigorosa, pois os métodos formais, geralmente, têm uma melhor *performance* e são melhores no desenvolvimento de consenso (Murphy [et al.], 1998).

Ao longo das diferentes etapas foram obtidos resultados qualitativos e quantitativos referentes às opiniões grupais. No entanto, a última etapa é que nos permitiu obter o grau de consenso final gerado em todo o processo de construção da proposta do Perfil, sendo este o reflexo de todos os resultados.

Tendo em conta não só a reunião de Peritos, mas também os resultados obtidos com o Questionário, podemos afirmar que a proposta do Perfil elaborada, gerada com as contribuições dos Peritos e validada pelos mesmos, atingiu uma concordância igual ou superior a 87% em todos os seus itens, com uma aceitação global de 99,8%, que corresponde à média das percentagens obtidas.

Socorrendo-nos daquilo que foram os dados apresentados no capítulo anterior, importa referir que, tal como ficou evidente, o Domínio das “Caraterísticas Socioprofissionais” foi o único que não reuniu consenso, mesmo após uma segunda

ronda do Questionário. Um dos itens constantes deste Domínio (Formação Acadêmica) obteve um grau de Consenso Baixo, com uma concordância de apenas 50%, o que levou à sua exclusão da proposta do Perfil. Deste fato conclui-se, portanto, que os Peritos não reuniram consenso quanto à preferência pela detenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, para o exercício profissional na VMER.

Contudo é de referir que, o que se confirma no grau de consenso total no Domínio “Competências Científicas e Técnicas”, é a afirmação de que, um conjunto de competências em tudo semelhantes às competências específicas do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crítica são fundamentais para o Perfil do Enfermeiro da VMER.

No que diz respeito aos restantes itens do Domínio “Caraterísticas Socioprofissionais”, importa referir que, respeitante à Idade, os Peritos validarem aquilo que foi a sua opinião, generalizada, durante o *Focus Group*, apontando no sentido da referida limitação etária (< 45 anos) para o ingresso na VMER.

Em termos de Experiência Profissional, esta posição vem de encontro aquilo que nos aparece descrito na literatura internacional sobre o tema, onde por exemplo, é defendido que além dos elevados conhecimentos da realidade intra-hospitalar, a experiência profissional do Enfermeiro na área da Anestesia, Unidade de Cuidados Intensivos e SU é valorizada como sendo a preferencial para o exercício deste, em contexto de Emergência Pré-hospitalar (Suserud & Haljamäe, 1997, 1999; Suserud, 2005).

A experiência adquirida, especificamente em contexto hospitalar, é reconhecida pelos enfermeiros como importante para o seu desempenho com doentes críticos e é referida como responsável pelo aumento da segurança nas suas ações (Oliveira & Martins, 2013). Esta experiência, como referem Abellsson & Lindwall (2012), garante ao enfermeiro “capacidade para agir”, que é a capacidade necessária para quem lida com situações de emergência.

Por seu lado, Gentil, Ramos, Whitaker (2008) também referem (citando Holleran, 1994) que, nos Estados Unidos, a licença para atuar na área da emergência pré-hospitalar inclui experiência mínima de 1 a 3 anos de prestação na área do doente crítico.

No que diz respeito ao Domínio “Competências Científicas e Técnicas”, a opinião dos Peritos está em linha com o defendido na literatura, nomeadamente pelos já citados Gentil; Ramos; Whitaker (2008), quando no seu estudo mostram que entre as competências importantes para a prática de enfermagem na emergência pré-hospitalar



estão, o raciocínio clínico para a tomada de decisão e a habilidade para executar com rapidez as intervenções técnicas.

Tal como já referido, no Domínio “Competências Científicas e Técnicas”, importa realçar que as competências aqui expostas acabam por ser, em muitos aspetos, semelhantes às defendidas pela OE (2010a) como sendo as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente: “(...) *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (p.10), e de forma particular as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crítica: “(...) *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*” (2010b, p.3).

Este elevado grau de consenso entre os Peritos foi extensível, também ao Domínio: “Competências Pessoais”, devendo o enfermeiro demonstrar capacidade para a promoção da segurança, criando e mantendo de um ambiente de cuidados seguro, através do cumprimento de normas de segurança e da gestão de risco (Oliveira & Martins, 2013).

De igual forma, o Domínio: “Competências Interpessoais e Relacionais” obteve elevado grau de consenso entre os Peritos.

Em relação ao Domínio: “Competências Comunicacionais”, os Peritos partilham da opinião de Mehmet [*et al.*] (2011), que afirmam que os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência necessitam de habilidades especiais de comunicação, o que pode afetar, tanto o seu sucesso profissional, como a satisfação dos doentes. Também Rodrigues & Martins (2012) referem que existe alguma preocupação por parte dos enfermeiros em fornecer informações ao doente crítico e família, constituindo parte do apoio e da relação de ajuda. Ou seja, nesta área, o enfermeiro deve ter a capacidade de antecipar as necessidades do doente e da família e de contribuir para um ambiente terapêutico, promovendo o conforto e evitando sofrimento desnecessário (Swickard [*et al.*], 2014).

Por seu lado, o grau de consenso obtido no Domínio “Competências Ético-morais” é consubstanciado, por exemplo, no pensamento de Swickard [*et al.*] (2014), quando afirmam que o enfermeiro deve trabalhar para o melhor interesse do doente crítico e família, identificando e ajudando a resolver problemas éticos e preocupações dentro e fora do cenário clínico.

Também no Domínio das “Competências de Gestão de Eventos Críticos” se obteve um elevado grau de consenso entre os participantes. Apontando, este conjunto de competências, mais uma vez, no sentido daquelas que são defendidas pela OE como sendo as competências do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crítica,

nomeadamente: “(...) *Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*” e “(...) *Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação*” (2010b, p.3). De igual modo, Almeida [et al.] (2011) concluíram no seu estudo que é necessário os enfermeiros realizarem formação que os capacite e atualize, com a consequente melhoria do desempenho e contribuição para o aumento da sobrevivência do doente crítico. Esta necessidade de formação contínua e a tentativa de a colmatar com o recurso à autoformação foram referidas pelos enfermeiros nos estudos de Rodrigues & Martins (2012) e Oliveira & Martins (2013). Em relação à competência específica: “Demonstra habilidades para reconhecer e prevenir o agravamento do estado clínico”, também Abellsson & Lindwall (2012), referem que o conhecimento teórico, proveniente da formação, confere ao enfermeiro um “olho clínico” que conduz a uma avaliação mais rápida e precisa do doente crítico. Esta capacidade do enfermeiro de avaliar rápida e adequadamente um doente crítico, integra-se também na gestão de eventos críticos, na medida em que lhe vai conferir uma maior capacidade para prevenir complicações.

Quanto ao Domínio: “Competências de melhoria contínua da qualidade”, o consenso dos Peritos é sustentado em alguns dos estudos consultados. Se abordarmos especificamente a competência “Capacidade crítico-reflexiva”, Abellsson & Lindwall (2012) referem-nos que o enfermeiro tem necessidade de confirmação, isto é, necessidade de feedback relativamente à abordagem do doente, que, proporcionará conhecimento e experiência para a próxima atuação. Os mesmos autores afirmam que para além de uma avaliação da prática de cuidados através da reflexão, deverá ainda ser realizada uma heteroavaliação dessa prática e também a validação da mesma, com recurso ao conhecimento das diretrizes e recomendações existentes.

De realçar que estes conceitos também são defendidos pelos já citados Suserud & Haljamäe, 1997,1999; Melby & Ryan, 2005, que afirmam que o Enfermeiro do Pré-hospitalar deverá demonstrar produção científica e prática baseada na evidência.

Todas estas competências foram assumidas pelos Peritos como fundamentais para enformar o Perfil do Enfermeiro da VMER, atendendo ao nível de consenso obtido nas respostas.

Em relação aos referidos Domínios, a posição adotada pelos Peritos é, em parte e tal como já referenciado, sustentada pela pesquisa bibliográfica realizada, já que encontramos na literatura inúmeras fontes que validam a análise efetuada.

Assim sendo, quando falamos de “Competências Científicas e Técnicas”, “Competência Pessoais”, “Competências Interpessoais e Relacionais”, “Competências de Gestão de Eventos Críticos” e até “Competências Comunicacionais”, convém

realçar que a própria OE (2007), nas “Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar”, aponta como desejável que este enfermeiro possua formação humana, técnica e científica e seja capaz de assegurar a transmissão da informação pertinente e participar em planos de emergência.

Tal consideração vem também em linha com o defendido na literatura internacional (Suserud & Haljamäe, 1997,1999; Melby & Ryan, 2005), onde ao Enfermeiro do Pré-hospitalar é exigido que apresente conhecimentos científicos base, destrezas, capacidades, habilidades e alguns traços de personalidade.

Ainda nesta ordem de pensamento, a total validação, por parte dos Peritos, do Domínio “Competências Ético-morais” vai de encontro às já citadas “Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar” (OE, 2007), onde é defendido que este Enfermeiro deve atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal.

O mesmo raciocínio é defendido no “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” (OE, 2010a, p.4), afirmando que este: “(...) *Desenvolve prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e “(...) *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (Ibidem, p.5).

Por último, também em relação ao Domínio das “Competências de Melhoria Contínua da Qualidade” o consenso entre os Peritos foi total, indo, mais uma vez, ao encontro do que é defendido pela OE (2010<sup>a</sup>, p.4) como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, definindo que este: “(...) *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*” e “(...) *Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*”.

Em virtude do exposto, poder-se-á afirmar, com relativa segurança, que muitos dos itens desta proposta do Perfil do Enfermeiro da VMER resultante deste estudo, apresentam muitos pontos de contato com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de forma particular, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação Crítica.

Durante todo o percurso realizado no âmbito desta investigação e tendo em conta os resultados do Questionário, pensamos que o produto final pode ser uma ferramenta útil para a prática de enfermagem, na medida em que a sua aplicação pode possibilitar uma linha de orientação para a seleção dos enfermeiros com o Perfil mais adequado para o exercício profissional na VMER.



## **CAPÍTULO V CONCLUSÕES**



## CONCLUSÕES

*“À imagem do pensamento, que não se exprime, mas se realiza na palavra, competência não se exprime pela acção mas realiza-se na acção.”*

Le Boterf, 2003

Ao longo dos capítulos anteriores contextualizamos teoricamente a temática e demos conta do percurso efetuado para a consecução deste estudo, assim como apresentamos e analisamos os resultados obtidos. Neste capítulo pretendemos indicar as principais conclusões, refletindo neste percurso efetuado.

Cada vez mais, é reconhecido o papel dos sistemas de emergência pré-hospitalar na redução da mortalidade e morbilidade das vítimas de acidente ou de doença súbita, cabendo aos profissionais de saúde no geral e de enfermagem em particular, a prestação de cuidados especializados com base na evidência científica.

Como já foi sublinhado, a intervenção em emergência sempre teve a contribuição dos enfermeiros. A própria Florence Nightingale interveio na linha da frente na guerra da Crimeia, onde prestou também cuidados considerados de emergência.

Analisando e comparando sistemas de emergência pré-hospitalares de diferentes países, percebemos rapidamente que, onde o enfermeiro está presente, a qualidade assistencial é distintamente melhor. Este fenómeno é reflexo da qualificação e diferenciação de um profissional devidamente fundamentado teoricamente e treinado tecnicamente.

Constatamos que o desenvolvimento da atividade profissional em Emergência Pré-hospitalar exige a mobilização de variadas competências, que os enfermeiros assumem e desenvolvem no seu dia-a-dia de trabalho na rua, com o doente em situação crítica.

As competências técnicas básicas na área da urgência englobam a capacidade para intervir de forma efetiva em situações de doença aguda e trauma. Neste contexto, cada segundo conta e as intervenções devem abranger desde os aspetos técnicos mais simples, como providenciar um acesso venoso ou colocar um adjuvante da via aérea, até aspetos mais complexos como providenciar um acesso intraósseo, colocar máscara laríngea ou tubo endotraqueal ou mesmo reconhecer um ritmo de peri

paragem e implementar as intervenções necessárias em conformidade com cada situação (Malagutti & Caetano, 2009).

Em Emergência Pré-hospitalar os enfermeiros desenvolvem e aperfeiçoam estas competências técnicas e científicas porque, para além da destreza nos procedimentos e técnicas realizadas, é também necessário um vasto conjunto de conhecimentos científicos que permita aplicar da forma correta os cuidados necessários, contribuindo assim para uma diferenciação e melhoria da assistência na prestação do socorro.

Para além das competências referenciadas anteriormente, mais tecnicistas, é também descrita a aplicação e desenvolvimento de competências humanas, privilegiando a relação de proximidade e de ajuda que se estabelece entre os profissionais e as pessoas assistidas, através de uma abordagem não unicamente centrada na sintomatologia, mas abrangendo as suas múltiplas dimensões.

Também Malagutti & Caetano (2009) chamam a atenção para a necessidade de aquisição de competências éticas no desempenho do trabalho de enfermagem, que passam por cada profissional “amadurecer” e construir a sua própria personalidade, baseada em referenciais éticos que ajudam a manter a relação de proximidade e o cuidar centrado no doente (é o centrar os cuidados no doente que vai marcar a diferença entre prestar um cuidado ou apenas realizar um ato mecânico). A capacidade de intervir positivamente (aproveitando cada situação como oportunidade de crescimento), o respeito pela dignidade de cada pessoa, pelos direitos humanos, pelos direitos dos doentes e pela deontologia profissional, são aspetos essenciais para uma boa prática de enfermagem.

Assim sendo, o trabalho em contexto de emergência pré-hospitalar requer a aplicação de um vasto leque de competências técnicas, científicas e humanas que colocam ao enfermeiro o desafio de se apresentar como um profissional com o Perfil adequado para este contexto de trabalho.

Contudo, julgamos que a consolidação destes argumentos é algo de que os enfermeiros se devem ocupar, através da produção de evidência científica e de uma prática baseada na mesma, pois só assim é permitida a descrição das competências e da sua importância de um modo devidamente fundamentado e alicerçado, futuramente gerador de políticas de saúde que prossigam o reconhecimento e a valorização das competências do profissional de enfermagem.

A investigação é definitivamente uma ferramenta de valorização profissional e aquisição de conhecimentos. Deste modo, este trabalho de investigação, apesar de laborioso e exigente revelou-se desafiante e atraente. Apesar da decisão de enveredar por uma área de interesse pessoal bastante específica, que gerou alguns



constrangimentos na obtenção de referências bibliográficas e suporte teórico, após pesquisar várias bases de dados e através do contato com o Grupo de Peritos, pensamos ter conseguido criar um trabalho devidamente estruturado e fundamentado. E desta forma, trazer um humilde contributo para esta área ainda pouco explorada.

Por fim, e tendo em conta os resultados obtidos, podemos afirmar que este estudo foi construído com uma metodologia de investigação credível, aceitável e reproduzível, tendo como resultado final um instrumento que poderá ser essencial para a prática, na medida em que pode contribuir para a seleção dos enfermeiros com o Perfil mais adequado para o desempenho profissional na VMER.

Depois de percorrido todo o processo metodológico para a construção desta proposta do Perfil, onde se conseguiu obter um grau considerável de concordância (aceitação global de 99,8%), por parte dos Peritos, que lhe confere credibilidade e validade, podemos afirmar que, é nossa convicção que a mesma poderá ter efeitos benéficos no campo da gestão de enfermagem, através da correta aplicação desta proposta no momento da seleção de novos enfermeiros para a VMER e também para orientar a organização e planeamento de espaços formativos.

A metodologia de investigação utilizada poderá ter acarretado, por si só, algumas limitações e desvantagens, nomeadamente, a não universalidade dos critérios de consenso, bem como o facto de uma opinião individual fora do consenso poder ser tão ou mais importante e valiosa do que a que se chegou por consenso.

As lacunas encontradas nesta pesquisa, bem como a existência de poucos estudos encontrados sobre a temática que envolva a prática da atividade profissional do Enfermeiro da VMER, impedem esgotar o assunto e indicam a necessidade de realização de novos estudos de revisão de literatura, reflexão, relatos de experiência e pesquisas de campo na área.

Assim, pretende-se que este estudo possa contribuir para a orientação de pesquisas futuras no âmbito da enfermagem de emergência pré-hospitalar, verificando a efetividade que a proposta do Perfil poderá ter no campo da prática, em prol da qualidade em saúde, através de uma performance profissional competente. Estudos esses que pudessem apontar no sentido, por exemplo, de como verificar/atestar/validar a existência, num determinado Enfermeiro, candidato à VMER, um conjunto de competências constantes da nossa proposta do Perfil; estudos orientadores de programas de formação específicos, no sentido da obtenção das competências apontadas; estudos que pudessem evidenciar a existência, ou não, de mais-valias para os utentes/organização, na seleção de enfermeiros com o Perfil descrito, entre outros.

Sendo certo que este instrumento pode não surtir o efeito desejado, contudo pensamos que poderá ser uma ferramenta útil para aplicação, assim seja conhecido, fornecido e utilizado pelos interessados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELSSON, A.; LINDWALL, L. – **The prehospital assesment of trauma patients performed by the specialist ambulance nurse in Sweden-a phenomenographic study.** Scand J trauma, resusc emerg med. Norway.ISSN 1757-7241. Vol. 20, nº 67, 2012.

ALARCÃO, I. - **Formação reflexiva.** Revista Referência. Vol. 6, 2001, pp. 53-59.

ALMEIDA, A. [et al.] - **Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência.** Revista Latino-Americana Enfermagem. São Paulo. ISSN 0104-1169 Vol.19, nº 2, 2011.

BAPTISTA, F. A. - **Manejo inicial del paciente traumatizado grave.** Espanha: Editora Arán, S.L., 2011.

BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BENNER, P. - **De Iniciado a Perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem,** Lisboa: Quarteto, 2005.

BERTUZZI, B.; BLOEM, C. - **Medicina de Emergência no Brasil e no Mundo.**Capítulo 1.Manole, 2012.

BURNS, N.; GROVE, S.; SORIANO, M. - **Investigación en enfermería.** Barcelona: Elsevier, 2004.

CAPELAS, M. – **Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.

DECRETO-LEI N.º 234/81 - **Diário da República, I Série.** Nº 176 (03-08-1981).

DECRETO-LEI N.º 220/07 - **Diário da República, I Série.** Nº 103 (29-05-2007).

DESPACHO N.º 14898/2011 - **Diário da República, II Série**. Nº 211 (03-11-2011).

DIAS, M. - **Construção e Validação de um Inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado.**, Lisboa: Lusociência, 2006.

FERNANDES, O. - **Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura.** Loures: Edições Lusociência, 2007.

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta. 2009.

GENTIL, R.; RAMOS, L.; WHITAKER, I. - **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar.** Revista Latino Americana de Enfermagem. v.16 n.2, Ribeirão Preto mar-abr, 2008.

HAAS, B.; NATHENS, A.B. - **Pro/con debate: Is the scoop and run approach the best approach to trauma services organization?** Critical Care. Volume 12, 2008.

HOWARD, P.; STEINMANN, R. - **Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática.** Loures: Lusociência, 2010.

INEM - **Sistema Integrado de Emergência Médica.** Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 1ª edição, 2013.

INEM - **Formação VMER e SIV – Enfermeiros.** Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2014.

JUSTO, C. - **A técnica de Delphi de Formação de Consensos.** Lisboa: Observatório Português de Saúde, 2005.

KRUEGER, R. A.; CASEY, M. A. (2009) **Focus groups: A practical guide for applied research.** Thousand Oaks, 4 th edition, California: Sage. 2009

LE BOTERF, G. - **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.** 3ª ed. S. Paulo: Artmed, 2003.

LE BOTERF, G. - **Construir as competências individuais e colectivas** - Resposta a 80 questões. Porto: Asa Editores, 2005.

MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. – **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

MARTÍNEZ, E.C.[*et al.*] - **La historia de la ambulância**. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Critica y terapia intensiva. 2006.

MATEUS, B. - **Emergência Médica Pré-hospitalar - Que Realidade**. Loures: Lusociência, 2007.

MEHMET, A. K. [*et al.*] - **Communication skills training for emergency nurses**. International Journal of Medical Sciences. Australia. ISSN 1449-1907. Vol.8, nº 5, 2011, pp.397-401.

MORGAN, D. L. - **Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting Focus groups**. Qualitative Health Research, 20 (5), 2010, pp. 718-722.

MURPHY, M., [*et. al*] - **Consensus development methods, and their use in clinical guideline development**. Alton: Core Research, 1998.

NUNES, J. A. - **Sobre a ética (e a política) da investigação social em saúde**. Sociologia On Line, nº 3, 2011. pp. 167-188  
[[http://revista.aps.pt/cms/files/artigos\\_pdf/ART4e66506fb71b1.pdf](http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4e66506fb71b1.pdf)].

OLIVEIRA, A.; MARTINS, J. - **Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: significado das experiências**. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN0874-0283. Vol. 3, nº 9, 2013, pp.115-124.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. 1998.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem

dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar - Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-hospitalar**. 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. 2010a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**, 2010b.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia Profissional de Enfermagem**. 2015.

PHANEUF, M. - **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. 1ª ed. Loures: Lusociência. 2005

PINTO, R.P. [et al] – **Emergência e Urgências Médicas – Sistema Integrado de Emergência Médica**. Referência Nº 9, 2002, pp. 55-61.

POLIT, D., [et al.] - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PONTES, B. - **Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM**. Barcarena: Universidade Atlântica, 2008.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3.ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2003.

RODRIGUES, L; MARTINS, J. – **Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo**. Pensar Enfermagem. Lisboa, Vol. 16, nº 1, 2012, pp.26-41.

SÁ-CHAVES, I. - **Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributo nas áreas**

**da Formação de Professores e de outros Profissionais.** 2ª edição. Grafigamelas – Industria Gráfica, Lda., 2007.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, M. – **Metodologia de pesquisa.** 3ª Edição, S. Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SMITH, R.M.; CONN, A.K.T. - ***Prehospital care – Scoop and run or stay and play?*** *Injury International Journal of the Care of the Injured.* 2009..

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista.** Loures: Lusodidata, 2013.

STEWART, D. W. [et al.] - **Focus groups: Theory and practice.** Thousand Oaks, 2<sup>nd</sup> ed. California: Sage. 2007.

SUSERUD, B.-O; HALJAMÄE, H. – **Nurse competence: Advantageous in pre-hospital emergency care?** Accident & Emergency Nursing. 0965 – 2302. 1997, pp.18-25.

SUSERUD, B.-O.; HALJAMÄE, H. – **Role of nurses in pre-hospital emergency care.** Accident & Emergency Nursing. 0965 – 2302. 1999, pp.141-151.

SUSERUD, B.O. – **A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse.** British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. 1478 - 5153. 2005, pp.269-270.

SWICKARD, S. [et al.] – **Adaption of the AACN synergy model for patient care to critical care transport.** Critical Care Nurse. Aliso Viejo- California. Vol. 34, nº 1, 2014, PP.16-28.

VIEIRA, P.; OLIVEIRA, L. e RESSUREIÇÃO, S. - **Os Enfermeiros perante a Emergência Pré-hospitalar.** Sinais Vitais, Julho de 2005, pp. 32-35.

VILELAS, J. - **Investigação: O processo de construção do conhecimento.** Lisboa: Edições Sílabo, 2009.





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

### **Declaração de Consentimento Informado**



## **Declaração de Consentimento Informado**

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e, desde já, obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação “**O perfil do Enfermeiro para o desempenho da atividade profissional na VMER**”, realizado por Rui Miguel Pereira Gonçalves, a frequentar o III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado, conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado:

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **APÊNDICE II**

### **Guião do *Focus Group***





## Guião do *Focus Group*

TEMA: “O perfil do Enfermeiro para o desempenho da atividade profissional na VMER

OBJECTIVOS: - Identificar o perfil socioprofissional mais adequado para o desempenho na VMER;

- Identificar as competências gerais para esse desempenho;
- Perceber quais as competências específicas exigidas a um enfermeiro da VMER;
- Perceber o processo de desenvolvimento dessas competências.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS: Enfermeiros peritos no âmbito pré-hospitalar; com o mínimo de 6 anos experiência de VMER na região Norte; experiência na gestão de Equipas de Enfermagem

Blocos Temáticos	Objetivos Específicos	Exemplos de questões a colocar	Ações a desenvolver/tópicos
I – Legitimação da reunião e motivação dos participantes.	1. Legitimar a reunião. 2. Motivar os participantes.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de todos os participantes;</li> <li>- Informar os participantes sobre o que se pretende com reunião;</li> <li>- Contextualizar a reunião no âmbito do projecto de mestrado:</li> <li>- Explicar a importância do <i>Focus Group</i> para a realização do trabalho em questão;</li> <li>- Explicar as razões da escolha dos participantes;</li> <li>- Assegurar o carácter confidencial da informação prestada;</li> <li>- Pedir autorização a todos os participantes para a gravação da reunião;</li> <li>- Agradecer a disponibilidade para participar no <i>Focus Group</i>.</li> </ul>

<b>II – Caraterização dos participantes</b>	1. Identificar dados profissionais dos vários participantes no <i>Focus Group</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>No sentido de caracterizar os participantes peço-lhes que indiquem, de forma sintética, dados que caracterizem a sua...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia profissional</li> <li>- Experiencia como operacional VMER</li> <li>(ex.: categoria profissional, tempo de serviço, grau académico, experiencia na VMER)</li> </ul>
<b>III – Perfil socioprofissional do enfermeiro da VMER</b>	1. Identificar o perfil socioprofissional do enfermeiro da VMER	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gostaria que identificassem as caraterísticas socioprofissionais do enfermeiro da VMER</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Género</li> <li>- Idade</li> <li>- Tempo serviço</li> <li>- Serviço de origem</li> <li>- Habilitações académicas; Licenciatura/Mestrado em emergência</li> <li>- Enfermeiro Especialista / Generalista</li> </ul>
<b>IV- Competências específicas do Enfermeiro da VMER</b>	1. Identificar as competências específicas do Enfermeiro para o desempenho na VMER	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na vossa opinião, que competências específicas deve ter o enfermeiro da VMER</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cognitivas</li> <li><input type="checkbox"/> Psicomotoras</li> <li><input type="checkbox"/> Atitudinais</li> <li><input type="checkbox"/> Técnicas</li> <li><input type="checkbox"/> Humanas</li> <li><input type="checkbox"/> Afetivas</li> <li><input type="checkbox"/> Científicas</li> <li><input type="checkbox"/> Comunicacionais</li> <li><input type="checkbox"/> Relacionais</li> <li><input type="checkbox"/> Éticas</li> </ul>
<b>V - Finalização</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar os participantes se querem acrescentar algum aspeto sobre o tema</li> <li>- Agendar calendário para validação das conclusões</li> </ul>

## **APÊNDICE III**

### **Matriz de Redução de dados (Entrevista de Grupo)**



### ANÁLISE CONTEÚDO

<u>DOMÍNIO</u>	<u>CATEGORIA</u>	<u>SUB-CATEGORIA</u>	<u>UNIDADE DE REGISTO</u>	<u>LINHA</u>
Atributos / Requisitos	Idade		requisitos objetivos, que é: (...) que idade é que tem	E8, L161-162
			se calhar ia mais para a idade	E8, L174-175
			a idade não é uma competência	E5, L461
			se um tiver 40 anos e o outro tiver 60, não vão ter a mesma capacidade, a mesma destreza, o mesmo à vontade	E8, L184-185
			Não tanto pela idade da entrada, que tem que ter uma idade têm que ser pessoas com menos de 40 anos de idade	E2, L264
			têm que ser pessoas com menos de 40 anos de idade	E7, L371
			não faz sentido estar a fazer recrutamento, por exemplo, em pessoas com mais de 40 anos	E7, L377-378
			quando entramos, estávamos com a corda toda... passados 20 anos, não temos as mesmas competências físicas e até intelectuais, em termos de estudo, de mobilização,...	E2, L618-621
			quando chegar a uma determinada idade eu vou ter que começar a pensar em sair e deixar para outros	E8, L665-666
	Dedicação / Vínculo Profissional	<u>Full-time</u>	isto deveria ser em full-time job, o doente crítico e em que o Pré-hospitalar deveria ser uma parte importante	E4, L1206-1207
		<u>Part-time</u>	Enfermeiros só a fazer VMER, era uma catástrofe	E5, L1212-1213
	Habilidade de Condução		a condução também tem muito...	E3, L181
			é uma competência pessoal... ter a habilidade da condução	E2, L234-235
			a aptidão para a condução de emergência médica	E7, L386-387
			a aptidão para a condução de emergência médica	E7, L386-387
			a aptidão para a condução de emergência médica	E7, L386-387
			a aptidão para a Condução em Emergência Médica... é uma competência pessoal	E2, L1572-1574

<u>DOMÍNIO</u>	<u>CATEGORIA</u>	<u>SUB-CATEGORIA</u>	<u>UNIDADE DE REGISTO</u>	<u>LINHA</u>
Atributos / Requisitos	Experiência Profissional	Tempo de serviço	pequena discordância em relação à questão do tempo de serviço... mínimo e máximo	E6, L45-46
			posso ter um enfermeiro há 5 anos, numa determinada área, e ele continuar incompetente, e posso ter um há 40 anos e ele continuar lá 5 estrelas	E6, L47-49
			requisitos objetivos, que é: o tempo de serviço	E8, L161-162
			uns anos de experiência profissional na área do doente crítico	E2, L265
			tem que haver enfermeiros com experiência profissional	E2, L279-280
			num limite máximo... exerce há 30 anos, se calhar... não tem as melhores condições para ser admitido	E1, L20-21
			com 12 anos de carreira, ou 15... para começar, na minha opinião, é tarde...	E2, L615-616
			temos que ter uma experiência mínima para trabalhar em VMER	E8, L168-170
			tem que ter o mínimo de 3 a 4 anos de experiência profissional	E7, L370
		Área de exercício	optava pelo enfermeiro da urgência	E1, L29-30
			como enfermeiro dos paliativos... para o doente crítico eu vou ter défices de competência... portanto, não tenho destreza para ali	E6, L57-61
			vai-nos focalizar muito no perfil dos enfermeiros que estão na urgência	E6, L71
			o tipo de observação que o enfermeiro na urgência faz, desse doente, é diferente do que faz nos Cuidados Intensivos	E6, L76-77
			a admissão dos novos elementos tem sido feita, preferencialmente, só no Serviço de Urgência	E3, L119-121
			são os enfermeiros que estão no SU os mais habilitados	E2, L240-242
			os enfermeiros que estão no SU é o grupo de enfermeiros que estará com mais competências nesta área, teóricas e práticas	E2, L243-244
			um enfermeiro de fora, tem que passar pela urgência, estar lá uns tempos, para eu o conhecer	E6, L292-293
			ser apenas e só da urgência, é uma visão que eu admito, embora não concorde em absoluto	E7, L401-402

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	LINHA
Atributos / Requisitos	Experiência Profissional	Área de Exercício		
			são mesmo os enfermeiros da urgência que estão mais habilitados, em termos de experiência clínica para lidar com todas as situações?... não são, seguramente.	E5, L498-500
			deve ser preferencialmente de urgência... mas não tem que ser obrigatório	E8, L557-559
			o Serviço de Urgência tem aquilo que mais se aproxima, teoricamente, dessa rotina de prática, mas não em exclusivo	E4, L737-739
			critério de inclusão: trabalhar na Urgência, critério de exclusão: quem não trabalhar na Urgência sai	E6, L1448-1449
			optava pelo enfermeiro do bloco operatório	E1, L29-30
			optava pelo enfermeiro dos cuidados intensivos, cuidados intermédios	E1, L29-30
			tem profissionais excelentes em unidades diferenciadas, sejam elas Cardiologia ou Cuidados Intensivos	E7, L403-405
			houvesse a necessidade formal das pessoas desenvolverem as suas capacidades...em Intensivismo...	E4, L741-744
			os atributos, é o que diferencia o Enfermeiro VMER do Enfermeiro dos Cuidados Intensivos ou da Urgência dentro do Hospital	E8, L1237-1239

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	LINHA
Atributos / Requisitos	Formação Académica	Especialista	ser especialista da “Pessoa em Situação Crítica”... a Especialidade que melhor se adequa para a Emergência Pré-hospitalar	E1, L37-39
			não me choca nada que seja especialista	E6, L79
			preferencialmente Especialista de “Pessoa em Situação Crítica”	E6, L92
			uma das áreas de especialidade, mais apropriada para fazer VMER: a área Médico-cirúrgica; “Pessoa em Situação Crítica	E5, L479-480
			deve ser, preferencialmente, de Médico-cirúrgica... mas não tem que ser obrigatório	E8, L557-559
			competências clínicas específicas... do enfermeiro com Especialidade da Pessoa em Situação Crítica	E5, L1168-1169
			e as comuns de qualquer Especialista	E8, L1234-1235
			as comuns do Enfermeiro Especialista	E8, L1534
			as específicas da Pessoa em Situação Crítica	E8, L1535
		Cuidados Gerais	não são especialistas de título mas, ó pá, se eu precisar de um enfermeiro, não tenho problema nenhum em ser cuidado por eles	E6, L83-84
			Não terão que ser até, eventualmente, especialistas	E5, L534-535
			ter Especialidade, mas não tem que ser obrigatório	E8, L558-559
			ter a Especialidade Médico-cirúrgica, ou seja ela qual for... a mim, pessoalmente, não acho que seja um pré-requisito...	E2, L609-611
	Formação contínua		na VMER tenho obrigação, também, de fazer formação periódica para garantir um desenvolvimento profissional	E8, L192-194
			fazemos formação, porque fazemos treinos de meio em meio ano, de Suporte Avançado de Vida, de Trauma	E8, L204-206
			se temos um enfermeiro dos paliativos, precisamos é investir mais na formação e no seu desenvolvimento profissional...	E8, L215-219



DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	LINHA
Mobilizar saberes e conhecimentos	Saberes Cognitivos		tem que ter conhecimentos teóricos, sobre emergência	E2, L239-240
			Competências científicas...	E7, L384-385
			o fundamental é a área clínica e depois podemos discutir tudo aquilo que são... competências científicas	E7, L814-816
			capacidade de estar atualizado, com conhecimentos, com protocolos...	E7, L819-822
			Conseguir demonstrar... conhecimento teórico	E8, L1083
			tem que ter capacidade de estar atualizado nas últimas Guidelines, nas últimas recomendações científicas;	E1, L798-799
			capacidade de estar actualizado...	E7, L819-820
	Saberes Técnicos		tem que ter conhecimentos técnicos...	E2, L239-240
			Competências técnicas...	E7, L384-385
			de repente, vai-se o saber fazer só pela lógica da perícia, que é, "eu sei que isto não me cheira bem"	E8, L668-669
			o fundamental é a área clínica e depois podemos discutir tudo aquilo que são competências técnicas	E7, L814-816
			estar com destreza técnica	E7, L820-822
			desenvolver as competências técnicas	E8, L956
			conseguir demonstrar destreza...	E8, L1083
	Saberes Relacionais		tem que ter boas relações interpessoais...	E2, L253-256
			competências relacionais e individuais de cada um, que não são adquiridas	E2, L269-270
			Competências relacionais, como é óbvio	E7, L384-385
			um conjunto de características... relacionais	E7, L396-397
			que poderá ser exclusão absoluta: não ter capacidades relacionais	E5, L513
			aspetos relacionais	E2, L1321
			aspetos relacionais	E2, L1321
		Comunicação	tem que ter capacidade de comunicação...	E2, L253-256; E7, L822-823
			comunicação	E2, L1321
		Trabalhar em equipa	e aprimorar as competências de se trabalhar em equipa	E8, L954
			capacidade de trabalhar em equipa	

<u>DOMÍNIO</u>	<u>CATEGORIA</u>	<u>SUB-CATEGORIA</u>	<u>UNIDADE DE REGISTO</u>	<u>LINHA</u>
Mobilizar saberes e conhecimentos	Saberes Atitudinais	Calma	se é uma pessoa calma	E8, L163-
			É uma competência pessoal mas, que tem a ver com a ... calma...	E8, L576-577
		Segurança	precisa de ter algum à vontade e algum... e ainda que receio, alguma segurança para trabalhar	E8, L171-172
			tem que ser uma pessoa segura; se tiver esses atributos...	E2, L253-256
		Capacidade de controle	É uma competência pessoal mas, que tem a ver com a capacidade de controlo...	E8, L576-577
			autocontrole	
		Responsabilidade	de repente vai-se a responsabilidade...	E8, L668-669
		Serenidade	um dos pré-requisitos. ... que é a serenidade!	E6, L282-283
			É a serenidade	E8, L415
			É uma competência pessoal mas, que tem a ver com a serenidade...	E8, L576-577
			de repente, vai-se a serenidade...	E8, L668-669
			os atributos é a questão da serenidade...	E8, L1541-1542
		Autoconfiança	autoconfiança	
		Resiliência	É uma capacidade acrescida de resiliência	E7, L1568
			A preparação psicológica	E2, L1659
			... é a tal frieza	E4, L1664
			Estratégias de Coping	E5, L1689

<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>	<b>LINHA</b>
Agir com pertinência	Tomar iniciativas e decisões		tem que atuar de acordo com a legis artis, de acordo com a ciência, prática baseada na evidência...	E1, L799-802
			capacidade de iniciativa	
			sentido de organização	
		Liderança	tem que ter capacidade de liderança	E7,L822-823
			liderança efetiva	
	Saber julgar	Atuação ética	E pautar a sua atuação pela ética... seguir os seus valores profissionais, dentro dos conceitos éticos estabelecidos pela profissão.	E2, L1140-1142
Integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos	Identificar e analisar os contextos para estruturar as intervenções	Capacidade de observação	tem que ter caraterísticas, em termos de observação, muito apuradas...	E6, L54-55
			o primeiro pressuposto é, está muito desenvolvido em termos de capacidade de observação	E6, L64-66
			vou à procura do que é que está mal no doente. Isso para mim é fundamental! Se não tiver isso, não chega	E6, L67-69
			a capacidade de observação, acho que é fundamental...	E6, L87-88
			os subjetivos, que é: se tem uma observação crítica eficaz, ou não	E8, L163-165
			que tem olho clínico, é a tal pessoa que consegue produzir efeito na ação	E5, L1176-1177

<b>DOMÍNIO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>	<b>LINHA</b>
Integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos	Identificar e analisar os contextos para estruturar as intervenções	Gestão de protocolos terapêuticos	Gere e administra protocolos terapêuticos de alta complexidade	E5, L1180
			monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados	E5, L1181-1182
			faz uma gestão diferenciada da dor	E5, L1182
		Gestão da relação terapêutica	assiste as famílias	E5, L1183
			Gere a comunicação interpessoal, que fundamenta a ação terapêutica, demonstrando conhecimentos aprofundados das técnicas de comunicação; demonstrando conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação; adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa	E5, L1184-1188
			Gere o estabelecimento da relação terapêutica da Pessoa em Situação Crítica	E5, L1188-1189
			reconhece o impacto das transições na relação terapêutica	E5, L1189-1190
		Prevenção e Controle de Infecção	competência específica que tem a ver com a Prevenção e Controle de Infecção	E8, L1243-1244
		Gestão de eventos críticos	tem que ter capacidade de gestão de eventos críticos	E7, L822-823
			tem de dominar tudo o que é protocolo de atuação em contexto de emergência	E6, L796-797
			é gestão de evento crítico... capacidade de reagir e gerir um evento crítico...	E5, L1566-1567

DOMÍNIO	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	LINHA
Transpor	Resolver problemas e enfrentar situações / adaptar-se	Gestão de eventos críticos	tem que ter características, em termos de ser capaz de antever as complicações e atuar sobre elas	E6, L54-55
			o primeiro pressuposto é, de fato, está muito desenvolvido em termos de prevenção de complicações	E6, L64-66
			a capacidade de... antever as complicações e atuar sobre elas no sentido de as minimizar	E6, L87-88
			... há muitos enfermeiros que são muitíssimos competentes na urgência e no pré-hospitalar... é outro contexto...	E3, L317-319
			há muitos competentes na urgência que eu não os ponho a fazer pré-hospitalar	E3, L320-321
			essas unidades, de fato, não têm a flexibilidade para se poder ajustar a contextos ou a ambientes mais descontrolados	E7, L405-406
			essas unidades, de fato, não têm a flexibilidade para se poder ajustar a contextos ou a ambientes mais descontrolados	E7, L405-406
			esta questão da flexibilidade e do papel dos profissionais para este contexto...	E7, L411
			a capacidade de flexibilidade e adaptação a novos cenários, a novas situações	E1, L1129
			a capacidade de flexibilidade e adaptação a novos cenários, a novas situações	E1, L1129
			antecipação de situações de instabilidade e falência	E5, L1174-1175
		Gestão do tempo	capacidade de gestão do tempo	
			não concordo com a gestão do tempo	E6, L1603
		Perseverança	perseverança	
		Gestão de conflitos	tem que ter capacidade de gestão de conflitos	E2, L253-256
	Perceber a situação como um todo / identificar aspetos específicos a transferir	Capacidade crítico-reflexiva	fazer os De-briefings é importantíssimo... são uma coisa que é moderna mas é necessária	E7, L857-863
			em que o Team Leader propõe que haja esse De-briefing...	E1, L910-911
			para aprimorar os De-briefings	E8, L955
			é importante que haja reflexão, e que haja casos clínicos... num Centro de Simulação	E1, L1400-1401
			no final é feito o De-briefing, é discutido e acho que é importante colocar em causa porque é que fazemos aquilo	E1, L1403-1404
			espírito crítico-reflexivo	
		Atenção	se é uma pessoa desperta, se é uma pessoa atenta	E8, L163-165

<u>DOMÍNIO</u>	<u>CATEGORIA</u>	<u>SUB-CATEGORIA</u>	<u>UNIDADE DE REGISTO</u>	<u>LINHA</u>
Aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência		não confundamos o que é a formação inicial, com o que é o desenvolvimento profissional	E8, L191-192
			Suporte Avançado de Vida, uma vez por ano têm de fazer estes treinos	E8, L959-960
Aprender	Desenvolver-se		conseguem percorrer um percurso de melhoria continua diária, se conseguem, de fato, atingir patamares de excelência no seu desempenho	E7, L344-346
			reconhecer naquele elemento como um perito da área, como pessoa com as competências elevadas a nível de excelência no desempenho da sua função	E7, L347-349
			dar, essencialmente, mais tempo de formação	E3, L612
			passo a seguir, que é a recertificação	E1, L682
			se fizer recertificação de SAV tem que ser aprovado	E6, L803
			a recertificação do Curso VMER tem que ser aprovada	E6, L809
			é importante que essa recertificação seja feita na Escola	E1, L1407-1408
			é recertificação e avaliação	E8, L1436
			eu continuo agora a falar de desenvolvimento profissional	E8, L1493
			faz os testes e simulações e passa, tem Avaliação de Desempenho	E8, L1495
Envolver-se	Vontade		se fizer formação e for avaliado, mantém a competência	E8, L1506
			vontade expressa...pode ser uma vantagem	E6, L70
			a vontade própria, individual, acho que é fundamental	E2, L249
	Empreender		que poderá ser exclusão absoluta: o não querer!.	E5, L512-513
			não fazemos Investigação	E1, L1394
			imaginação e criatividade	

## **APÊNDICE IV**

### **Questionário 1**





## QUESTIONÁRIO

### “Perfil do enfermeiro para o desempenho da atividade profissional na VMER”

O presente questionário é composto por 44 questões, agrupadas em 8 Domínios. Por favor, selecione o espaço de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado, de acordo com a grelha:

- 1- *Discordo completamente*; 2- *Discordo*; 3- *Não concordo nem discordo*; 4- *Concordo*; 5- *Concordo completamente*

1- CARATERÍSTICAS SÓCIO-PROFISSIONAIS	1	2	3	4	5
<b>1.1- Idade</b>					
1.1.1- <i>Deve ter menos de 45 anos de idade</i>					
<b>1.2- Experiência profissional</b>					
1.2.1- <i>Deve ter, pelo menos, 5 anos de exercício em contexto de atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>					
<b>1.3- Formação Académica</b>					
1.3.1- <i>Deve ser, preferencialmente, detentor do título de Especialista de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica</i>					
2- COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS E TÉCNICAS NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	1	2	3	4	5
<b>2.1- Detém um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos, necessários ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</b>					
2.1.1- <i>Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida</i>					
2.1.2- <i>Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de trauma</i>					
2.1.3- <i>Atua de acordo com as mais recentes diretrizes (Guidelines) relativas ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</i>					
2.1.4- <i>Executa intervenções / procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade da Pessoa em Situação Crítica</i>					
2.1.5- <i>Demonstra capacidade de observação clínica</i>					
<b>2.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</b>					
<b>2.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica</b>					

<b>3- COMPETÊNCIAS PESSOAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1- Demonstra calma e segurança nos seus atos e decisões					
3.2- Demonstra capacidade de controle das situações					
3.3- Manifesta sentido de responsabilidade					
3.4- Demonstra autoconfiança					
3.5- Demonstra capacidade de gestão emocional					
3.6- Demonstra perseverança					
3.7- Demonstra atenção					
3.8- Demonstra interesse e vontade para o exercício da função					
3.9- Demonstra capacidade para ser criativo					
<b>4- COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1- Demonstra e realiza cuidados que se prevejam necessários para prevenir complicações na Pessoa em Situação Crítica					
4.2- Demonstra habilidades para reconhecer e prevenir o agravamento do estado clínico da Pessoa em Situação Crítica					
4.3- Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o atendimento à Pessoa em Situação Crítica					
4.4- Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência					
4.4.1- Manifesta capacidade de gestão do tempo					
4.5- Assiste o doente e família nas perturbações emocionais					
<b>5- COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS E RELACIONAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.1- Gere o estabelecimento da relação terapêutica					
5.1.1- Manifesta capacidade de gestão de conflitos					
5.2- Possui capacidade de trabalho em equipa					
5.3- Manifesta espírito de liderança					
<b>6- COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.1- Gere a comunicação interpessoal					
6.2- Promove o apoio psicológico do doente e família					
6.3- Gere a relação terapêutica					

<b>7- COMPETÊNCIAS ÉTICO-MORAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>7.1- Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro da VMER</b>					
<b>8- COMPETÊNCIAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8.1- Desenvolve processos de Formação Contínua</b>					
<i>8.1.1- Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida</i>					
<i>8.1.2- Realiza treinos específicos em Suporte Avançado de Vida</i>					
<i>8.1.3- Aproveita as oportunidades para aprender com outros elementos da Equipa</i>					
<i>8.1.4- Contribui para a formação profissional dos elementos da Equipa</i>					
<i>8.1.5- Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da Pessoa em Situação Crítica</i>					
<b>8.2- Manifesta capacidade crítico-reflexiva</b>					
<b>9- SUGESTÕES E COMENTÁRIOS</b>					



## **APÊNDICE V**

### **Questionário 2**



## Perfil do enfermeiro para o desempenho da atividade profissional na VMER”

O presente questionário é composto por 44 questões, agrupadas em 8 Domínios. Por favor, selecione o espaço de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado, de acordo com a grelha:

1-Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo;  
5- Concordo completamente

<b>1- CARATERÍSTICAS SÓCIO-PROFISSIONAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1.1- Idade</b>					
1.1.2- Deve ter menos de 45 anos de idade (aquando do ingresso para início de funções)					
<b>1.2- Experiência profissional</b>					
1.2.1- Deve ter, pelo menos, 3 a 5 anos de exercício em contexto de atendimento à Pessoa em Situação Crítica					
<b>1.3- Formação Académica</b>					
1.3.1- Deve ser, preferencialmente, detentor do título de Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica					
<b>2- COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS E TÉCNICAS NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2.1- Detém um conjunto de conhecimentos e habilidades específicos, necessários ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica</b>					
2.1.1- Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida					
2.1.2- Detém conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de trauma					
2.1.3- Atua de acordo com as mais recentes diretrizes (Guidelines) relativas ao atendimento à Pessoa em Situação Crítica					
2.1.4- Executa intervenções / procedimentos específicos de elevada complexidade necessários à manutenção da estabilidade da Pessoa em Situação Crítica					
2.1.5- Demonstra capacidade de observação clínica					
<b>2.2- Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos</b>					
<b>2.3- Maximiza a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica</b>					

<b>3- COMPETÊNCIAS PESSOAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1- Demonstra calma e segurança nos seus atos e decisões					
3.2- Demonstra capacidade de controle das situações					
3.3- Manifesta sentido de responsabilidade					
3.4- Demonstra autoconfiança					
3.5- Demonstra capacidade de gestão emocional					
3.6- Demonstra perseverança					
3.7- Demonstra atenção					
3.8- Demonstra interesse e vontade para o exercício da função					
3.9- Demonstra capacidade para ser criativo					
<b>4- COMPETÊNCIAS DE GESTÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1- Demonstra e realiza cuidados que se prevejam necessários para prevenir complicações na Pessoa em Situação Crítica					
4.2- Demonstra habilidades para reconhecer e prevenir o agravamento do estado clínico da Pessoa em Situação Crítica					
4.3- Responde adequadamente aos imprevistos que possam surgir durante o atendimento à Pessoa em Situação Crítica					
4.4- Dinamiza a resposta em situações de catástrofe ou emergência					
4.4.1- Manifesta capacidade de gestão do tempo					
4.5- Assiste o doente e família nas perturbações emocionais					
<b>5- COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS E RELACIONAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.1- Gere o estabelecimento da relação terapêutica					
5.1.1- Manifesta capacidade de gestão de conflitos					
5.2- Possui capacidade de trabalho em equipa					
5.3- Manifesta espírito de liderança					
<b>6- COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.1- Gere a comunicação interpessoal					
6.2- Promove o apoio psicológico do doente e família					
6.3- Gere a relação terapêutica					
<b>7- COMPETÊNCIAS ÉTICO-MORAIS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7.1- Assume as responsabilidades éticas inerentes à prática profissional, enquanto enfermeiro da VMER					



<b>8- COMPETÊNCIAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8.1- Desenvolve processos de Formação Contínua</b>					
<i>8.1.1- Realiza atualizações frequentes em Suporte Avançado de Vida</i>					
<i>8.1.2- Realiza treinos específicos em Suporte Avançado de Vida</i>					
<i>8.1.3- Aproveita as oportunidades para aprender com outros elementos da Equipa</i>					
<i>8.1.4- Contribui para a formação profissional dos elementos da Equipa</i>					
<i>8.1.5- Demonstra interesse em desenvolver investigação na área da Pessoa em Situação Crítica</i>					
<b>8.2- Manifesta capacidade crítico-reflexiva</b>					
<b>9- SUGESTÕES E COMENTÁRIOS</b>					

